

Le condizioni di salute dei detenuti in Umbria

Prisoners health conditions in Umbria

Anna Cirronis¹, Alberto Busnelli¹, Fabio Voller², Marco Grignani³

1. *Ricercatore CCM*

2. *Agenzia regionale di sanità della Toscana - Osservatorio di Epidemiologia*

3. *Dipartimento Salute Mentale Usl Umbria 1*

Parole chiave: salute in carcere, disturbi psichici in carcere, Umbria, stili di vita e interventi di educazione alla salute

RIASSUNTO

Obiettivi: lo studio si propone di rilevare le condizioni di salute nelle strutture detentive umbre, con particolare attenzione ai disturbi psichici, ai fini di strutturare più efficaci strumenti di raccolta e trasmissione dei dati e da adottare misure preventive e interventi terapeutici più adeguati ai reali bisogni. Una sezione dello studio è riservata alla rilevazione dei fattori di rischio suicidari e alla valutazione dell'efficacia delle misure preventive messe in atto.

Metodi: il lavoro è parte di uno studio epidemiologico (Programma del Ministero della Salute/CCM 2012) finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) e ha riguardato la popolazione dei detenuti presenti al 03 Febbraio 2014 nelle strutture carcerarie di 6 regioni italiane. Come strumento di rilevazione è stata utilizzata la "scheda clinica informatizzata" elaborata dall'ARS Toscana. Sono stati estrapolati dall'indagine epidemiologica complessiva, i dati socio-demografici e sanitari, con particolare attenzione ai disturbi psichici, relativi alla coorte dei detenuti presenti nelle quattro strutture carcerarie umbre (Perugia, Terni, Spoleto, Orvieto). I dati sanitari includono la rilevazione dei fattori di rischio, delle patologie codificate secondo la classificazione ICD-9-CM e dei rispettivi trattamenti farmacologici, la segnalazione di eventuali atti autolesionistici e autosoppressivi verificatisi all'interno delle strutture detentive. Relativamente alla C.C. Capanne di Perugia è stato valutato il rischio suicidario nei detenuti giunti da libertà presso la struttura detentiva nel periodo tra il 03 Febbraio 2014 e il 03 Giugno 2014. Per questa valutazione è stata utilizzata la scala di Blaauw come strumento di screening di I livello e la valutazione psicologica come strumento

Autore per corrispondenza: marco.grignani@uslumbria1.it

di screening di II livello.

Risultati: la popolazione detentiva umbra rispecchia, seppure con alcune differenze, le caratteristiche socio-demografiche della popolazione carceraria italiana. Gli stessi risultati si ottengono andando a valutare i dati socio-sanitari. Relativamente alla valutazione del rischio suicidario nei nuovi giunti da libertà, sembra che gli strumenti di screening attualmente utilizzati nonché le misure preventive ad oggi messe in atto siano efficaci, visto che nel periodo di osservazione non si sono verificati episodi di suicidio.

Conclusioni: lo studio conferma, innanzitutto, la necessità di elaborare uno strumento clinico informatizzato utilizzabile in tutte le strutture penitenziarie per migliorare il percorso sanitario e fornire risposte preventive e terapeutiche adeguate ai reali bisogni. Potenziare l'intero processo assistenziale, anche adottando protocolli di cura multidisciplinari, determinerebbe un miglioramento delle condizioni sanitarie della popolazione carceraria.

Key words: health in prison, psychic disturbs in prison, Umbria, lifestyle and health education interventions

SUMMARY

Objectives: the study is aimed to evaluate health conditions in correctional centers in Umbria, with particular attention to psychic disturbs, with the purpose to structure more effective data collection and transmission instruments as well as to adopt preventive measures and therapeutic interventions more appropriate answer to real needs. A section of the study is dedicated to the survey on suicide risk factors and efficacy assessment of the preventive measures currently applied.

Methods: the work is part of an epidemiologic study financed by the Ministry of Health within the Project of the National center for disease prevention and control (CCM) and was aimed at the population of prisoners present in the correctional centers of six Italian regions on the 3rd of February of 2014. As a survey tool was used the "computerized medical record" made by the ARS Toscana. Healthcare and socio-demographic data were extrapolated from the overall epidemiologic survey, with particular attention to psychic disturbs related to the population of prisoners present in the four Umbria prison centers (Perugia, Terni, Spoleto and Orvieto). Healthcare data included the risk factor survey, all diseases that are classified according to the ICD-9-CM classification of pharmacological treatments and reports of possible self-injury acts or suicide occurred in detention facilities. With regard to the detention facility of C.C. Capanne di Perugia the study assessed the suicide risk of new prisoners in the period between 3rd of February - 3rd of June 2014. For this assessment the Blaauw scale was used as a I° level screening and the psychological assessment as a II° level screening tool.

Results: the Umbria detention population reflects, although there are some differences, the socio-demographic characteristics of the Italian prison population. The same results are obtained from the assessment of the socio-health data. With regard to the suicide risk evaluation on new prisoners, it appears that both the screening methods and the preventive measures that are currently in use are effective, considering that during the assessment period no suicide episodes have occurred.

Conclusions: the study confirms, the necessity to achieve a computerized clinic tool that is applicable to all the detention centers in order to improve the health path and provide preventive and therapeutic answers which are calibrated to real needs. The enhancement of the whole welfare process, also through the adoption of multidisciplinary therapy protocols, could determine an improvement of health conditions of the prison population.

Introduzione

Molti studi internazionali (1-5) dimostrano che la popolazione carceraria è ad alto rischio per quanto riguarda le condizioni di salute. Infatti, nonostante sia una popolazione anagraficamente piuttosto giovane, vi si rileva una prevalenza nettamente superiore, rispetto alla popolazione generale, di varie patologie e soprattutto di disturbi psichici. La maggior parte dei detenuti proviene dagli strati socialmente ed economicamente più poveri, per cui la detenzione rappresenta la prima occasione per ricevere un iniziale e adeguato livello di assistenza e quindi un'importante forma di prevenzione ai fini di ridurre la vulnerabilità sociale dal punto di vista sanitario. L'assistenza sanitaria all'interno delle strutture detentive presenta numerose difficoltà relativamente alle tempistiche diagnostiche e terapeutiche, anche perché manca, in numerose strutture carcerarie italiane, un sistema di informatizzazione che semplifichi il monitoraggio dello stato di salute dei detenuti e che permetta una valutazione oggettiva delle reali esigenze all'interno dei penitenziari. Per questo motivo il Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), ha finanziato la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti presenti il 3 Febbraio 2014 nelle strutture carcerarie di 6 regioni italiane, tra cui l'Umbria.

Obiettivi

Lo studio analizza i dati ottenuti dall'indagine effettuata a livello nazionale, al fine di valutare le attuali condizioni di salute all'interno delle strutture penitenziarie umbre, dedicando un'attenzione specifica ai disturbi psichici, per assicurare interventi più mirati ed efficaci e realizzare una più significativa prevenzione primaria e secondaria. Lo studio si propone inoltre di rilevare il numero di atti autolesionistici e/o autosoppressivi verificatisi nell'ultimo anno di detenzione nelle quattro strutture carcerarie umbre, evidenziando le modalità utilizzate per la messa in atto e le caratteristiche socio-demografiche e sanitarie della popolazione interessata. Attraverso l'analisi dei dati è stato possibile valutare l'efficacia di alcuni strumenti di screening utilizzati per rilevare precocemente il rischio suicidario e per attivare efficaci e funzionali strategie di prevenzione.

Metodi

In Umbria lo studio è stato effettuato sui detenuti presenti il 3 Febbraio 2014 nelle 4 strutture detentive della regione (Perugia, Spoleto, Terni, Orvieto). I dati, estrapolati dalle cartelle cliniche di tutti i detenuti presenti in quella data nelle quattro strutture carcerarie, sono stati utilizzati per compilare la "scheda clinica informatizzata" (6-7), uno strumento elaborato appositamente dalla regione Toscana, capofila dello studio, per l'indagine nazionale ed utilizzato da tutte le regioni coinvolte nello studio. Nel rispetto delle norme sulla privacy, il programma di inserimento dati prevedeva l'anonimizzazione del dato attraverso la conversione dei principali dati anagrafici in un codice alfanumerico. Questo procedimento ha permesso l'invio delle informazioni ed ha consentito alla regione Toscana (ARS) di procedere all'elaborazione dei dati.

La scheda clinica informatizzata utilizza il linguaggio PYTHON e si compone di due sezioni, una che permette la raccolta di informazioni di carattere generale sulla situazione socio-demografica della popolazione detenuta, la seconda che affronta più specificatamente l'aspetto sanitario. La prima sezione, infatti, fornisce informazioni riguardo l'età, il genere, la nazionalità, gli anni di studio e la provenienza del detenuto (da libertà, da altro Istituto, da Centro Diagnostico Terapeutico, da affidamento sociale o da arresti domiciliari). La seconda, invece, offre la possibilità di valutare l'eventuale presenza di stili di vita a rischio nella popolazione carceraria, richiedendo di inserire dati riguardo il consumo di tabacco e il numero di sigarette fumate quotidianamente, il peso e l'altezza e il numero di ore trascorse in cella al giorno. Essa comprende, inoltre, la registrazione delle diagnosi, considerando una sola diagnosi principale e illimitate diagnosi secondarie, codificate secondo la classificazione ICD-9-CM (8), e i rispettivi trattamenti farmacologici erogati.

La scheda ha permesso anche di rilevare informazioni riguardo l'eventuale messa in atto di gesti autolesionistici e/o autosoppressivi, specificando il numero di episodi verificatisi nell'ultimo anno di detenzione per ogni soggetto e le modalità utilizzate. Una sezione particolare dello studio è stata dedicata alla valutazione del rischio suicidario. Considerando che uno dei momenti più a rischio è l'ingresso nella struttura detentiva per coloro che provengono da una condizione di libertà (9-10), in Umbria si è scelto di restringere l'osservazione alla C.C. Capanne di Perugia, includendo, per questa parte dello studio, soltanto i nuovi giunti da libertà, con o senza precedenti di reclusione, nel periodo compreso dal 3 Febbraio al 3 Giugno 2014.

Per questa sezione è stata utilizzata la stessa scheda clinica informatizzata, integrata inizialmente con lo strumento di screening di I livello, uguale per tutte le regioni partecipanti allo studio, e successivamente con lo strumento di screening di II livello, scelto a discrezione delle regioni.

Come strumento di screening di I livello è stata scelta la scala di Blaauw (11-13) che risponde ad adeguati criteri di sensibilità e di specificità e può essere somministrata sia da personale medico che infermieristico. La scala è composta da 8 item a risposta dicotomica a ciascuno dei quali è attribuito un punteggio. La somma di essi individua il soggetto potenzialmente a rischio di suicidio, con una buona sensibilità, considerando il cut-off a 24.

Il protocollo dello studio prevedeva che entro otto ore dall'ingresso nella struttura detentiva il nuovo giunto da libertà venisse sottoposto a visita medica, inclusa la somministrazione della scala di Blaauw. In caso di punteggio superiore a 24, il detenuto veniva considerato a rischio suicidario e quindi entro 48 ore doveva essere sottoposto allo strumento di screening di II livello prescelto, cioè colloquio e valutazione da parte dello psicologo. In caso di positività per rischio suicidario allo screening di II livello, il caso veniva segnalato agli agenti di sorveglianza per l'attivazione di misure precauzionali specifiche.

Risultati: i dati socio-demografici

Al 3 Febbraio 2014 nelle 4 strutture detentive umbre erano presenti 1469 detenuti. Sono stati inseriti nello studio 1248 detenuti, per una copertura complessiva pari all'85%. Il 15% dei dati

persi è conseguenza del rapido turn-over che si verifica in alcune strutture e quindi alla non disponibilità, al momento della raccolta dei dati, della cartella clinica che, in caso di trasferimento, viene inviata presso la nuova struttura di accoglienza. Dei 1248 detenuti arruolati nello studio, 1216 (97,4%) sono di genere maschile, 31 (2,5%) sono di genere femminile, 1 (0,1%) trans gender.

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
GENERE		
Uomini	94,2	97,4
Donne	5,5	2,5
Transgender	0,3	0,1

*Fonte dati ISTAT 2014

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 49 anni. L'età media dei detenuti in Umbria risulta più elevata rispetto a quella rilevata nelle altre strutture carcerarie italiane (età media umbra di 42,4 anni vs 39,6 anni).

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
FASCIA DI ETÀ'		
18-24	7,8	3,1
25-29	12,7	9,8
30-39	33,1	31,5
40-49	26,6	29,3
50-59	14,2	18,5
60-69	4,8	6,1
70 +	0,9	1,7

In relazione al Paese di provenienza, risulta che il 65,5% della popolazione detenuta nelle carceri umbre è italiana, mentre il 34,5% è straniera e tra questi ultimi l'area continentale maggiormente rappresentata è l'Africa Settentrionale (14,5%).

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
NAZIONALITÀ'		
Italiana	53,7	65,5
Straniera	46,3	34,5

Dai dati relativi all'età media e al Paese di provenienza dei detenuti arruolati in Umbria, risulta che l'età media della popolazione carceraria italiana è più elevata rispetto a quella dei detenuti

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
AREA CONTINENTALE		
Italia	53,7	65,5
Africa Settentrionale	15,4	14,5
Unione Europea	11,5	5,8
Paesi non UE	9,2	8,4
Africa Occidentale	3,8	3,3
America centro-meridionale	2,8	1,0
Asia	1,7	0,7
Medio Oriente	1,1	0,3
Alta Africa	0,7	0,3
America Settentrionale	-	-
Oceania	-	-

stranieri (43,6 anni vs 35 anni). Il livello di istruzione della popolazione detenuta è stato calcolato in anni di studio che poi sono stati convertiti in titolo di studio utilizzando uno schema di approssimazione generale. Il livello di istruzione della popolazione detenuta è risultato più basso tra gli stranieri rispetto agli italiani (circa 8 anni in media per gli italiani vs circa 7 anni per i detenuti stranieri). Per quanto riguarda la provenienza dei detenuti, in Umbria una quota decisamente elevata rispetto alla situazione a livello nazionale proviene da altri istituti, mentre una quota significativamente più bassa proviene da libertà, con o senza precedenti di reclusione.

Risultati: le patologie

La parte sanitaria della scheda clinica dedicata alla rilevazione di stili di vita a rischio nella popolazione carceraria umbra ha fornito dati che riflettono la situazione a livello nazionale. Nel complesso, infatti, in linea con le aspettative, si può affermare che nella popolazione detenuta più frequentemente che nella popolazione generale vengono adottati stili di vita a rischio per patologie acute e croniche.

I dati raccolti in Umbria dimostrano che la prevalenza di fumatori tra i detenuti reclutati nello studio è superiore al 70% rispetto al 20,4% riscontrato tra i cittadini maggiorenni liberi. La media giornaliera di sigarette fumate è di circa 18,6 verso una media di 12,7 rilevata nella popolazione libera.

CARATTERISTICHE	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN ITALIA (N= 15.751)	POPOLAZIONE DETENUTA ARRUOLATA IN UMBRIA (N= 1.248)
PROVENIENZA		
Libertà senza precedenti	21,5	6,0
Libertà con precedenti	19,2	2,2
Altri istituti	55,1	77,4
CTD	0,4	0,4
Affidamento sociale	0,2	0,0
Arresti domiciliari	2,2	0,7
Altro	1,5	13,4

Valutando il peso e l'altezza dei detenuti è possibile ricavare il BMI (14). La percentuale di soggetti obesi negli istituti penitenziari umbri è superiore a quella riscontrata in tutte le altre regioni. Dei 1248 soggetti reclutati è stato possibile calcolare il BMI di 881 detenuti, tra cui il 18,4% risulta obeso rispetto ad una percentuale che supera di poco il 10% riscontrata nelle altre regioni. In generale il problema dell'obesità riguarda principalmente le detenute donne rispetto ai detenuti maschi, ma anche rispetto alla popolazione libera femminile. Il dato relativo all'elevata percentuale di soggetti obesi nelle strutture penitenziarie umbre è certamente correlabile al numero di ore trascorse in cella (18,0) al momento della raccolta dei dati, più alto rispetto alla media nazionale (16,5 ore). Lunghi periodi di inattività forzata durante la detenzione possono contribuire a determinare o a peggiorare una condizione di obesità.

BMI	UMBRIA % (N= 881)
Obeso	18,4
Sovrappeso	38,1
Normopeso	41,7
Sottopeso	1,8
TOTALE	100,0

In Umbria, come nelle altre strutture detentive italiane, la maggior parte dei detenuti presenta problematiche di tipo sanitario: il 58,1% ha almeno una diagnosi di malattia contro il 41,9% che non ha alcuna patologia in atto. La presenza di malattie correla in maniera lineare con l'età, infatti maggiore è l'età, maggiore è la possibilità di trovare detenuti malati. I detenuti italiani presentano più patologie rispetto agli stranieri e ciò sembra dipendere sia dal fatto che in media l'età dei detenuti italiani è più alta rispetto a quella degli stranieri, sia dal cosiddetto "effetto migrante sano". Tra le patologie presenti in Umbria troviamo, in ordine di frequenza, i disturbi psichici, le malattie del sistema circolatorio, le malattie del sistema endocrino e del metabolismo, le malattie infettive e parassitarie e le malattie dell'apparato digerente. In minore percentuale ci sono le ma-

lattie dell'apparato respiratorio, le malattie dell'apparato genitourinario, le malattie del sistema nervoso, i traumatismi e gli avvelenamenti, le malattie della pelle e del sottocutaneo, i tumori, le malattie osteomuscolari e del connettivo, le malattie del sangue e degli organi emopoietici.

Come prevedibile, valutando la distribuzione delle malattie nella popolazione carceraria, i farmaci del sistema nervoso sono quelli maggiormente prescritti all'interno delle strutture detentive. Difficilmente si tratta di monoterapie. Infatti considerando la totalità dei farmaci prescritti, ogni detenuto assume una media di 2,8 farmaci.

GRANDI GRUPPI DIPATOLOGIE	DATO NAZIONALE (N= 15.751)	UMBRIA (N= 1.135)
Disturbi psichici	42,9%	47,2%
Malattie del sistema circolatorio	8,8%	13,3%
Malattie del sistema endocrino e del metabolismo	6,7%	8,5%
Malattie infettive e parassitarie	9,3%	8,0%
Malattie dell'apparato digerente	11,6%	6,0%
Malattie dell'apparato respiratorio	3,9%	3,5%
Malattie dell'apparato genito-urinario	2,1%	2,5%
Malattie del sistema nervoso	2,9%	2,4%
Traumatismi e avvelenamenti	1,7%	2,2%
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,3%	1,7%
Tumori	0,6%	1,2%
Malattie osteomuscolari e del connettivo	3,7%	1,1%
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	0,4%	0,3%
Altre condizioni patologiche	4,1%	2,1%
TOTALE	100%	100%

Risultati: i disturbi psichici

L'alta prevalenza di disturbi psichici nelle carceri potrebbe essere spiegata in due modi; alcuni studi (14), infatti, sostengono che i problemi di salute mentale precedono la reclusione, mentre altri (15) sostengono che la malattia mentale sia una conseguenza della situazione detentiva che andrebbe a peggiorare condizioni già precarie. I disturbi psichici, pur essendo classificati attraverso i codici ICD-9-CM, sono stati classificati successivamente in 10 categorie diagnostiche, applicando la categorizzazione utilizzata all'interno del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale degli adulti (SIRSM), così da rendere possibile il confronto tra la realtà detentiva e quella all'interno dei Servizi di salute mentale.

In Umbria il 47,2% dei detenuti reclutati presenta disturbi psichici e tra essi prevalgono, tra i

detenuti maschi italiani e nord-africani, i disturbi mentali da dipendenza da sostanze seguiti dai disturbi nevrotici e dell'adattamento, mentre, tra le detenute femmine, la frequenza dei disturbi è sostanzialmente invertita, vedendo una prevalenza dei disturbi nevrotici e delle reazioni di adattamento seguiti dal disturbo da dipendenza da sostanze. Senza considerare le differenze di genere, i disturbi da dipendenza da sostanza coinvolgono il 18,8% dei detenuti in Umbria, quindi rappresentano la patologia più frequente nella categoria dei disturbi psichici, seppure si tratta di un valore tendenzialmente più basso rispetto a quelli riscontrati a livello nazionale. In linea con i dati nazionali, i disturbi da dipendenza da sostanze tendono a ridursi come frequenza mano a mano che aumenta l'età, infatti l'età media dei detenuti affetti da questa patologia è di circa 37 anni, con i maggiori picchi di percentuale nelle fasce di età comprese tra i 18 e i 49 anni, mentre le percentuali si riducono sensibilmente spostando l'attenzione sulle fasce di età più elevate (meno del 30% negli ultra60enni).

DIAGNOSI DISTURBO PSICHICO	% SUL TOTALE DEI DISTURBI PSICHICI (DATO NAZIONALE)	% SUL TOTALE DEI DETENUTI ARRUOLATI (DATO NAZIONALE)	% SUL TOTALE DEI DETENUTI ARRUOLATI IN UMBRIA (N= 1.248)	% SUL TOTALE DELLE DIAGNOSI IN UMBRIA
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	49,6%	23,6%	18,8%	44,3%
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	27,6%	17,3%	11,7%	27,3%
Disturbi affettivi psicotici	4,4%	2,7%	4,0%	9,7%
Disturbi della personalità e del comportamento	2,7%	1,6%	3,8%	9,2%
Disturbi depressivi non psicotici	1,4%	0,9%	1,3%	3,0%
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	1,1%	0,7%	1,2%	2,8%
Disturbi mentali alcol- correlati	9,0%	5,6%	0,8%	1,9%
Disturbi da Spettro schizofrenico	1,0%	0,6%	0,7%	1,7%
Oligofrenie e ritardo mentale	0,1%	0,0%	-	-
Disturbi del comportamento alimentare	0,1%	0,0%	-	-
Altro	3,2%	2,0%	0,1%	0,2%

I disturbi nevrotici e i disturbi dell'adattamento, insieme ai disturbi affettivi psicotici, al contrario, tendono ad aumentare progressivamente con l'aumentare dell'età. I disturbi alcol-correlati, infine, non sembrano avere correlazioni particolari con l'età, infatti non si rilevano differenze significative nelle varie fasce di età. Incrociando i dati relativi ai disturbi psichici con il Paese di provenienza, si nota che più del 50% dei detenuti nord-africani è affetto da disturbi da dipendenza da sostanze e la stessa percentuale si ritrova tra i detenuti italiani, mentre sono meno

interessati i detenuti provenienti dall'Est europeo che invece più frequentemente presentano patologie alcol-correlate. Tutte le altre categorie diagnostiche, invece, riguardano principalmente i detenuti italiani rispetto a quelli stranieri.

Due recenti studi finlandesi (16-17) hanno evidenziato come il disturbo da dipendenza da sostanze all'interno delle strutture detentive abbia subito negli ultimi 20 anni un incremento esponenziale di circa 10 volte, passando dal 5 al 50%, sia negli uomini che nelle donne. La sostanza stupefacente più utilizzata è la cocaina, abbastanza comune in tutte le fasce di età ma con un picco tra gli ultra60enni, seguita dagli oppioidi, con un picco nella fascia di età tra i 40 e i 59 anni, e dai cannabinoidi, il cui utilizzo invece prevale tra le persone più giovani. La categoria dei disturbi mentali da dipendenza da sostanze può essere suddivisa in 3 ulteriori stati patologici: l'abuso di droghe senza dipendenza, la dipendenza da droghe e le psicosi indotte da droghe. Considerando le caratteristiche delle varie sostanze stupefacenti, è ovvio che nel caso della cocaina e dei cannabinoidi più spesso si rileva l'abuso senza dipendenza, mentre nel caso degli oppioidi prevale la dipendenza rispetto all'abuso.

Per quanto riguarda le psicosi indotte da droghe, il disturbo più frequente è l'intossicazione che si manifesta con sintomi diversi a seconda della sostanza assunta. Abbastanza frequentemente si ritrovano anche deliri, allucinazioni, disturbi dell'umore e disturbi del sonno legati all'utilizzo di sostanze. Il 74% dei detenuti con disturbo psichico da dipendenza di sostanze è affetto da un'altra condizione morbosa, in particolare da un altro disturbo psichico o da una malattia infettiva. Tra i farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi psichici troviamo prevalentemente ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici, antiepilettici e ipnotici e sedativi. Meno frequentemente vengono prescritti farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza e sostanze anticolinergiche. La distribuzione dei trattamenti utilizzati nelle strutture detentive umbre riflette i dati a livello nazionale. Raramente si tratta di monoterapie. Infatti in media ogni detenuto trattato assume più di due principi attivi. Tra gli ansiolitici nella quasi totalità dei casi vengono prescritti farmaci della classe delle benzodiazepine, mentre in rarissimi casi sono utilizzati gli anti-istaminici di I generazione. Essi vengono utilizzati per il trattamento dei disturbi d'ansia, per i disturbi dell'adattamento e per i disturbi da dipendenza da sostanze.

Tra i neurolettici sono maggiormente prescritti gli antipsicotici atipici rispetto ai tipici. Essi vengono utilizzati per il trattamento dei disturbi psicotici e dei disturbi di personalità. Gli antiepilettici vengono utilizzati principalmente come stabilizzatori dell'umore nel trattamento di alcuni sintomi derivanti da disturbi di personalità e nei disturbi da dipendenza da sostanze. Tra gli antidepressivi i più utilizzati sono gli SSRI, seguiti dalla mirtazapina e dalla venlafaxina. Più raramente vengono prescritti gli antidepressivi triciclici.

Questi farmaci vengono usati per il trattamento dei sintomi correlati ai disturbi dell'adattamento e ai disturbi affettivi psicotici. Recenti Linee Guida inglesi (18-19) hanno suddiviso alcuni farmaci, tra cui gli antidepressivi in tre categorie, in base alla pericolosità del loro utilizzo nelle carceri:

1. Farmaci non appropriati in carcere (Red Medicines)

2. Farmaci utilizzabili soltanto quando le alternative hanno avuto scarso successo (Amber Medicines)
3. Farmaci di prima scelta (Green Medicines).

SOTTOGRUPPO TERAPEUTICO	FARMACI
Ansiolitici	317 (39,6%)
Antidepressivi	139 (17,4%)
Antipsicotici	127 (15,9%)
Antiepilettici	98 (12,3%)
Ipnotici e sedativi	76 (9,5%)
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	24 (3,0%)
Sostanze anticolinergiche	16 (2,0%)
Altri analgesici ed antipiretici	1 (0,1%)
Oppioidi	1 (0,1%)
Preparazioni antivertigine	1 (0,1%)
TOTALE	800 (100%)

Tra i Green Medicines ci sono gli SSRI, mentre tra gli Amber ci sono i NaSSA, gli SNRI e il trazodone, mentre tra i Red Medicines ci sono i triciclici. La distribuzione dei farmaci prescritti nelle strutture detentive umbre sembra riflettere perfettamente le linee guida previste per l'uso degli antidepressivi nelle carceri. Tra gli ipnotici e i sedativi prevale lo zolpidem, anche se spesso vengono utilizzate le benzodiazepine. Tra i farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza troviamo il metadone, la buprenorfina e il disulfiram. Tra le sostanze anticolinergiche le due sostanze più utilizzate sono il biperidene, utilizzato per ridurre l'eccessiva sudorazione nei soggetti che fanno uso di metadone, e l'orfenadrina, utilizzata per ridurre gli effetti collaterali di tipo extra-piramidale indotti dai neurolettici.

Risultati: gli atti autolesionistici

Come detto, all'interno della scheda clinica utilizzata nello studio era presente una sezione specifica dedicata alla rilevazione di atti autolesionistici e/o suicidari eventualmente messi in atto entro l'ultimo anno di detenzione. Nelle strutture detentive umbre sono stati registrati, sul totale dei detenuti arruolati, 56 atti di autolesionismo (5,2%). Il dato è in linea con quelli ottenuti nelle altre strutture carcerarie. Più basso risulta, invece, il numero di atti reiterati in media per persona e ciò può dipendere anche dal fatto che nella popolazione detentiva umbra il gruppo dei trans gender, tra cui si registra la maggiore tendenza alla reiterazione, è decisamente poco rappresentato. La modalità utilizzata più frequentemente per la messa in atto di gesti autolesivi nella popolazione detenuta, sia maschile che femminile, è l'utilizzo di taglienti. Nella

popolazione carceraria maschile sono frequenti anche l'ingestione di corpi estranei e lo sciopero della fame. Quest'ultima modalità, comunque, più che un vero intento autolesionistico sembra avere principalmente un significato dimostrativo, utilizzato come strumento di protesta o di richiesta. Meno frequentemente si ritrova il trauma auto-provocato. Tra le detenute donne, dopo l'utilizzo di taglienti, troviamo il trauma auto-provocato, l'ingestione di corpi estranei e più raramente lo sciopero della fame. L'età maggiormente coinvolta è quella compresa tra i 18 e i 39 anni (70% di tutte le autolesioni). Tra le etnie, i più a rischio sono i nordafricani tra cui si registra una maggiore frequenza di atti autolesionistici e una maggiore frequenza di reiterazioni. Incrociando i dati relativi alla rilevazione del gesto autolesionistico con quello relativo alla diagnosi, si rileva che più dell'80% dei detenuti che ha messo in atto un gesto autolesionistico soffre di disturbi psichici; in particolare la maggior parte è affetta da un disturbo da dipendenza, ma sono presenti anche diagnosi di disturbo nevrotico o di adattamento e di disturbo di personalità.

Risultati: gli atti suicidari

Gli atti di autosoppressione rilevati nelle strutture detentive umbre nell'ultimo anno di detenzione riguardano otto detenuti sul totale degli arruolati (0,7%). Il valore è inferiore rispetto a quello registrato in tutte le altre strutture detentive italiane che hanno partecipato allo studio. In Umbria l'80% dei tentativi di autosoppressione è stato effettuato con impiccagione, mentre il 20% con avvelenamento. Più coinvolto è il genere femminile, mentre le reiterazioni dell'atto non mettono in evidenza differenze di genere. L'età maggiormente interessata, come per gli atti di autolesione, è quella compresa tra i 18 e i 39 anni. Riguardo l'etnia, il gesto suicidario ricalca il gesto autolesionistico, infatti prevale tra i nordafricani. Sul totale dei detenuti che ha compiuto atti suicidari, l'81,8% è affetto da una diagnosi psichiatrica, con una media di 1,6 diagnosi pro-capite. Tra le diagnosi psichiatriche troviamo i disturbi nevrotici e di adattamento e i disturbi mentali da dipendenza da sostanze con una frequenza invertita rispetto agli atti autolesionistici.

Risultati: il rischio suicidario

Nel periodo dal 3 febbraio al 3 giugno 2014 nella C.C. Capanne sono stati registrati 50 nuovi giunti da libertà, di cui 22 (44%) senza precedenti reclusioni e 28 (56%) con precedenti reclusioni. Tra i 50 detenuti sottoposti alla scala di Blaauw 23 (46%) sono risultati negativi e 27 (54%) positivi. I 27 positivi sono stati sottoposti allo screening di II livello; purtroppo in questa coorte molti dati sono stati persi, a causa del rapido turn-over all'interno della struttura, per cui abbiamo i dati relativi solo a 7 detenuti. Tra i 7 detenuti controllati c'erano 1 donna e 6 maschi. Solo 1 detenuto maschio di 33 anni è risultato positivo allo screening di II livello. Nessun atto suicidario è stato messo in atto tra i detenuti risultati negativi allo screening di I livello, né tra quelli positivi allo screening di I livello ma negativi a quello di II livello, né tra il detenuto positivo agli screening di I e di II livello.

Discussione e conclusioni

Dai dati dello studio emerge innanzitutto che la popolazione carceraria umbra è formata per la grande maggioranza da detenuti maschi, dato abbastanza prevedibile considerato che solo la C.C. Capanne Perugia ospita una popolazione femminile. L'età media è leggermente più elevata rispetto a quella riscontrata nelle altre strutture penitenziarie nazionali e ciò può essere risultato del fatto che nelle carceri umbre prevalgono i detenuti italiani, che appartengono a fasce di età leggermente superiori rispetto ai detenuti stranieri, rappresentati in minor percentuale in confronto agli altri istituti detentivi. L'età media superiore rispetto alla media nazionale, potrebbe spiegare anche la diversa distribuzione delle diagnosi registrate nelle strutture detentive umbre rispetto ai dati nazionali.

La distribuzione della popolazione carceraria umbra riguardo il Paese d'origine rispecchia poco la popolazione libera residente, perché la percentuale di detenuti stranieri è nel complesso inferiore rispetto al valore nazionale (46,3%), nonostante la regione abbia un'elevata rappresentanza di cittadini stranieri residenti (11%, tra le più alte tra le regioni italiane) di cui comunque solo una minima parte proviene dall'Africa Settentrionale, che, invece, rappresenta il gruppo etnico maggiormente rappresentato tra i detenuti stranieri. Questo può essere correlato al fatto che in Umbria la maggior parte dei detenuti proviene da altri istituti, con una frequenza decisamente più alta rispetto alle altre regioni, mentre solo una minima parte, più bassa rispetto alla media nazionale, proviene da condizioni di libertà. Come ci si aspettava, considerando le caratteristiche socio-culturali di coloro che arrivano alla detenzione, la popolazione carceraria tende ad adottare stili di vita fortemente a rischio. La frequente abitudine al fumo e l'elevata percentuale di soggetti obesi, riscontrata nelle strutture carcerarie umbre, rappresentano i principali fattori di rischio.

Tutti i dati dimostrano, in effetti, che molte patologie sono presenti con percentuali insolitamente alte per una popolazione tutto sommato giovane. Reale è quindi il rischio di ritrovarsi in un futuro molto prossimo con un carico notevole di malattie croniche all'interno delle strutture penitenziarie. L'alta percentuale di soggetti obesi nelle carceri umbre va certamente associato all'elevato numero di ore trascorse in cella, al momento della raccolta dei dati, che si traducono ovviamente in lunghi periodi di inattività. Va anche rilevato che i dati relativi al peso e all'altezza dei detenuti sono più spesso riferiti al momento dell'ingresso nella struttura detentiva, quindi più che riflettere una problematica all'interno dei 4 istituti penitenziari umbri, il dato sembra essere associabile alle basse condizioni socio-economiche e culturali che precedono la detenzione. Si è deciso di concentrare l'attenzione soltanto sui disturbi psichici perché essi sono la patologia maggiormente rappresentata in Umbria, come in tutte le altre strutture detentive italiane, ma anche perché rappresentano una vera emergenza all'interno degli istituti carcerari, relativamente alle maggiori difficoltà di gestione del detenuto con patologia psichica, considerato anche l'elevato rischio di messa in atto di gesti autolesionistici e/o autosoppressivi. Spesso la problematica psichica esiste già prima della detenzione e frequentemente ne rappresenta in

qualche modo la causa. Basti pensare al fatto che la maggior parte dei disturbi psichici diagnosticati rientra nella categoria dei disturbi da dipendenza da sostanze. Tuttavia, i dati dimostrano che nella maggior parte dei casi, alla diagnosi principale, sono associate una o più diagnosi secondarie sempre di tipo psichiatrico; ciò va ovviamente a complicare ulteriormente la gestione del detenuto, richiedendo un intervento multidisciplinare quanto più possibile strutturato. L'intervento farmacologico all'interno della struttura carceraria rappresenta un aspetto estremamente importante, ma dovrebbe essere supportato anche da adeguato sostegno che dia continuità e renda efficace l'intervento sanitario durante e dopo la detenzione. Questo aspetto acquisisce un importante significato perché limitando o almeno contenendo alcune problematiche, si può aiutare l'individuo ad affrontare meglio l'esperienza detentiva e il suo rientro nella comunità, considerando che spesso il contesto socio-economico e culturale sarà lo stesso di quello che lo ha portato alla detenzione.

Migliorare le condizioni cliniche all'interno delle strutture detentive e programmare interventi specifici e mirati per rispondere alle esigenze dei detenuti, può servire innanzitutto a ridurre situazioni conflittuali all'interno delle strutture carcerarie anche nei confronti della Polizia Penitenziaria stessa e soprattutto potrebbe portare a ridurre il rischio di messa in atto di gesti autolesionistici e/o autosoppressivi, anche solo per scopo dimostrativo.

Varie sono le situazioni che possono spingere il detenuto al compimento di questi atti e che quindi meritano particolare attenzione ai fini di un'efficace prevenzione. Il rischio è sensibilmente più elevato al momento dell'ingresso, specialmente per i soggetti alla prima esperienza detentiva, ma possono essere potenzialmente pericolosi anche le fasi dell'attesa o dell'esito del processo (specialmente in caso di condanne lunghe). Rischi accertati sono anche il trasferimento da un carcere all'altro o semplicemente la comunicazione stessa del trasferimento, l'esito negativo di un ricorso o la revoca di una misura alternativa di detenzione. L'elevato numero di lesioni con taglienti e di avvelenamenti con gas fa supporre che, seppure sia giusto assicurare la possibilità al detenuto di mantenere un'attenzione alla cura di sé, va fatta una specifica valutazione ai fini di identificare quei soggetti per cui alcune situazioni possono diventare un fattore di rischio.

Dallo studio emerge, inoltre, la necessità di elaborare uno strumento clinico informatizzato utilizzabile in tutte le strutture penitenziarie che, oltre a migliorare il percorso sanitario, può facilitare la trasmissione delle informazioni cliniche da un istituto all'altro, garantendo la continuità assistenziale del detenuto durante i frequenti trasferimenti. Il suo utilizzo, inoltre, permetterebbe anche di conoscere in maniera più esaustiva i bisogni di salute della popolazione detenuta e di strutturare e programmare in maniera efficace la totalità degli interventi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 912-919.
2. World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. Prisons and Health. WHO 2014: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1.
3. Wilper AP et al. The Health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health* 2009; 99: 666-672.
4. Condon L, Gill H, Harris F. A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence. *J Clin Nurs* 2007; 16 (7): 1201-1209.
5. Schnittker J, John A. Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health. *J Health Soc Behav* 2007; 48 (2): 115-130.
6. Voller F, Silvestri C, Orsini C, Aversa L, Da Frè, Cipriani F. Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6): 297-306.
7. La salute dei detenuti in Toscana – Anno 2012. Collana dei Documenti ARS. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, giugno 2013.
8. International Classification of Diseases – 9th Revision – Clinical Modification: Classificazione Internazionale delle malattie, IX revisione – modifica clinica.
9. La prevenzione dei suicidi in carcere: contributi per la conoscenza del fenomeno. Quaderni ISSP Numero 8. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Istituto Superiore Studi Penitenziari. Roma, dicembre 2011.
10. http://www.giustizia.it/resources/cms/documents/la_prevenzione_dei_suicidi_in_carcere.pdf.
11. World Health Organization (WHO) – International Association for Suicide Prevention (IASP). La prevenzione del suicidio nelle carceri. Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva: WHO; 2007.
12. Blaauw E, Kerkhof Ad. Suicides in Detentie. Den Haag, Elsevier; 1999.
13. Blaauw E, Kerkhof Ad, Hayes LM. Demographic, criminal and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35 (1): 63-75.
14. Kerkhof Ad, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centres. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: Univeristy Press; 2011.
15. Scott D, Codd H. Controversial issues in prisons. Open University Press, 2011.
16. Lintonen T, Vartiainen H, Aarnio J et al. Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem. *Subst Use Misuse* 2011; 46(4): 440-51.
17. Lintonen T, Obstbaum Y, Aarnio J et al. The changing picture of substance abuse problems among Finnish prisoners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47 (5): 835-42.
18. Linee guida per la scelta dei farmaci antidepressivi BIF Mag-Giu 2001 N.3 – AIFA.
19. Safer Prescribing in Prisons. Guidance for clinicians. Royal College of General Practitioners, 2011: <http://www.drugsandalcohol.ie/16294/#>

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno