

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA



DOTTORATO DI RICERCA IN NEUROSCIENZE

TITOLO TESI:

**“PROFILI EPIDEMIOLOGICI E CLINICI DI PAZIENTI
AFFETTI DA DISTURBI MENTALI IN REGIME DI
DETENZIONE”**

Candidato:

NAZARIO D'URSO

744867

Il coordinatore:

Prof. GUIDO CVALETTI

Tutore:

Prof. MASSIMO CLERICI

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

INTRODUZIONE

Ad oggi sono più di 10 milioni i soggetti detenuti nelle carceri di tutto il mondo. Uno studio del 2009 registra il trend in ascesa della numerosità dei prigionieri con un aumento, solo nell'ultima decade, di più di 1 milione di soggetti ospitati negli istituti di pena (Walmsley, 2000; 2009). Recenti analisi hanno riportato un aumento di 2-4 volte dei disturbi psicotici e di depressione maggiore e di 10 volte dei disturbi di personalità tra i detenuti rispetto alla popolazione generale (Robins et al., 1991; Kessler et al., 1994; Jenkins et al., 1997) evidenziando una prevalenza del 3-7% per i disturbi psicotici, del 10-12% per la depressione maggiore e del 42-65% per i disturbi di personalità (Fazel & Danesh, 2002).

Questi dati fungono da supporto scientifico all'evidenza clinica di come gli istituti di pena siano divenuti sempre più luoghi contenitori di disagio psichico: quello prodotto dallo stesso stato detentivo su individui vulnerabili e quello raccolto da una società che arranca nel tentativo di dare soluzioni alla gestione di soggetti affetti da gravi patologie mentali e per i quali, sempre più spesso, il carcere ne diviene luogo di contenimento ed isolamento sociale.

Al momento, sebbene esistano studi epidemiologici sulla prevalenza della patologia mentale tra la popolazione carceraria e tra i detenuti in carico ai servizi di psichiatria penitenziaria, non siamo a conoscenza di studi che indaghino la gravità psicopatologica di questi ultimi.

SCOPI DELLO STUDIO

Il presente studio si propone di valutare, nel campione di pazienti costituito dai detenuti inviati al Servizio di Psichiatria Penitenziaria:

- › le caratteristiche *cliniche e socio-demografiche*;
- › la *prevalenza dei diversi disturbi mentali*;
- › la *gravità sintomatologica*;
- › le *possibili differenze socio-demografiche e cliniche* in relazione al sesso, alla diagnosi psichiatrica, alla presenza/assenza di un uso di sostanze in comorbidità, alla gravità sintomatologica, alla detenzione in condizione d'isolamento, alla presenza/assenza di condotte autolesive (azioni dirette verso il sé che causano un danno fisico di grado lieve/moderato alla persona stessa e che, come detto precedentemente, vanno differenziati dal tentato suicidio e dal suicidio in quanto privi di un'intenzione conscia di togliersi la vita) (Favazza, 1998; Suyemoto, 1998; Mangnall & Yurkovich, 2008) e/o tentati suicidio (atti autolesionistici con un esito non fatale per cui vi è la prova, implicita o esplicita, dell'intenzione di morire) (Silverman et al., 2007) durante il periodo d'osservazione.

Tutto ciò al fine di poter individuare alcune criticità ora presenti nella cura del paziente affetto da patologia mentale in carcere.

DISEGNO

Studio descrittivo osservazionale su tutti i pazienti consecutivi di una casa circondariale, per i quali, per un periodo di 12 mesi (dal 1 Gennaio 2011 al 31 dicembre 2011) è stata richiesta una valutazione psichiatrica. Inoltre tutti i pazienti, una volta inclusi nello studio, sono stati seguiti prospetticamente fino al termine dell'osservazione.

SETTING

Il presente studio si è svolto nell'ambito del Servizio di Psichiatria Penitenziaria della Casa Circondariale di Monza. L'équipe consisteva in quattro psichiatri e due psicologi clinici. La capienza regolamentare dell'istituto di pena è di ~ 490 detenuti, contro una presenza giornaliera media di ~ 850 ospiti. La popolazione carceraria, dal 1 Gennaio 2011 al 31 Dicembre 2011, è risultata essere, come indicato dall'ufficio matricola competente, di 2316 soggetti (maschi= 1961; femmine=355) di cui 863 (maschi =756; femmine =107) presenti all'inizio dello studio e 1453 (maschi =1205; femmine =248) giunti nell'istituto nel periodo d'osservazione.

ORGANIZZAZIONE DELLA CASA CIRCONDARIALE DI MONZA

Nonostante la struttura sia una Casa Circondariale, quindi dedicata alla reclusione di soggetti in attesa di giudizio o con una pena uguale o inferiore ad un anno, ospita un ingente numero di condannati, ossia detenuti che devono scontare una pena definitiva.

Ciò appare dovuto principalmente all'annoso problema del sovraffollamento che da tempo affligge le carceri italiane. Sulla struttura, aperta nei primi anni '90, converge un ampio bacino d'utenza composto dall'intera provincia di Monza-Brianza e da una parte dell'hinterland milanese. Composta da due padiglioni, maschile e femminile, ha una capienza regolamentare di 490 persone (420 maschi e 70 femmine). Nelle tabelle I e II si riporta l'organizzazione della struttura carceraria.

Tabella I Organizzazione del padiglione detentivo maschile della Casa Circondariale di Monza
2 sezioni (sezioni I, III) destinate prevalentemente a soggetti che all'ingresso in carcere si sono dichiarati alcol-dipendenti o tossicodipendenti
3 sezioni comuni (sezioni II, IV e VI)
2 sezioni ad alta sicurezza (sezioni V e VII) in cui sono riuniti persone accusate di reati di tipo associativo traffico di sostanze stupefacenti, associazione a delinquere di stampo mafioso e sottoposte, per tale motivo, ad una sorveglianza più stretta rispetto ai detenuti comuni

1 sezione detta “dei protetti” (sezione VIII) in cui sono reclusi imputati o condannati per reati quali violenza sessuale, pedofilia, detenuti appartenenti alle Forze dell’Ordine o che, in qualche modo, hanno collaborato con la giustizia, per i quali si individua la necessità di salvaguardarne l’incolumità sottraendoli al contatto con gli altri detenuti
2 sezioni dette “dei lavoranti” (sezioni A e B) in cui sono reclusi detenuti che lavorano alle dipendenze dell’amministrazione penitenziaria o per ditte e cooperative che traggono parte dei loro profitti dall’impiego di manodopera carceraria
1 sezione (sezione C) in cui sono reclusi i collaboratori di giustizia
1 sezione (sezione Infermeria) in cui sono reclusi detenuti che richiedono un elevato livello di assistenza sanitaria
1 sezione (sezione S/L) che ospita detenuti che godono della semilibertà e, quindi, trascorrono parte della giornata al di fuori del carcere
1 sezione (sezione Isolamento) in cui i detenuti vi sono reclusi, in cella singola e per un periodo solitamente non superiore ai 15 giorni, per ragioni disciplinari
1 sezione detta “Nuovi Giunti/Osservazione” (NG/OSS) in cui si trovano reclusi i detenuti appena arrestati e che solitamente rimangono in osservazione per circa 5 giorni prima di essere collocati in altra sezione
1 Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) in cui sono reclusi detenuti, in cella singola, con finalità di accertamento delle condizioni psichiche.

Tabella II Organizzazione del padiglione detentivo femminile della Casa Circondariale di Monza
2 sezioni comuni (sezioni I, II)
1 sezione (sezione Isolamento) in cui i detenuti vi sono reclusi, in cella singola e per un periodo solitamente non superiore ai 15 giorni, per ragioni disciplinari

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI PSICHIATRIA PENITENZIARIA

A seguito dell'attuazione della Riforma della Medicina Penitenziaria, l'attuale équipe di Psichiatria è entrata in servizio presso la Casa Circondariale di Monza nel febbraio 2010.

Il servizio di Psichiatria Penitenziaria garantisce la presenza quotidiana, durante i giorni feriali, di due psichiatri ed uno psicologo per un ammontare complessivo di 100 ore settimanali.

L'équipe è formata da quattro medici psichiatri e due psicologhe cliniche. Tra le varie attività svolte dall'équipe di Psichiatria Penitenziaria è contemplato lo “screening di primo ingresso” di tutti i nuovi detenuti giunti presso la Casa Circondariale di Monza-Brianza, effettuato da uno psicologo clinico, che consiste in un colloquio finalizzato alla ricerca di possibili salienze di carattere psicopatologico. Come generalmente accade nella maggior parte dei penitenziari italiani, non esiste alcun protocollo che definisca i criteri per la richiesta di una consulenza psichiatrica. La consulenza psichiatrica può essere richiesta dagli agenti di polizia penitenziaria, dal medico del Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (SIASS) che funge da medico di medicina generale all'interno della struttura carceraria, dal medico del Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), o a seguito di una richiesta da parte del paziente stesso

Il rapporto tra detenuti ed operatori della salute mentale, rispetto alla popolazione media giornaliera ed in unità a tempo pieno, è di ~ 340:1.

IL CAMPIONE OGGETTO DELLA RICERCA

Nel periodo suddetto è stata richiesta la consulenza psichiatrica per 202 soggetti (8.7% della popolazione carceraria), 165 maschi (8.4% dei detenuti di sesso maschile) e 37 femmine (10.4% dei detenuti di sesso femminile); per il 11.4% del campione (N=202) non è stata formulata alcuna diagnosi psichiatrica.

PROCEDURA E STRUMENTI UTILIZZATI

Di tutti i pazienti inviati al Servizio di Psichiatria Penitenziaria della Casa Circondariale di Monza nel periodo di studio sono stati raccolti, attraverso il colloquio e la consultazione della cartella clinica, i dati riguardanti le seguenti variabili cliniche e socio-demografiche: data di nascita, nazionalità, scolarità, stato civile, religione, attività lavorativa svolta nel periodo immediatamente precedente l'arresto, sezione d'appartenenza, numero di eventuali detenzioni precedenti a quella attuale, numero di giorni di detenzione dalla data d'arresto, posizione giuridica (condannato o in attesa di giudizio), condanna per crimine violento (rapina, delitto contro la persona, violenza sessuale, omicidio) o di altro tipo, tipo di reato, fine pena (intervallo di tempo, espresso in mesi, tra la data della valutazione effettuata al tempo t_0 e la data attesa di scarcerazione), numero di prestazioni psichiatriche erogate durante il periodo d'osservazione, numero di prestazioni psichiatriche erogate rispetto ai giorni di detenzione (numero di prestazioni psichiatriche totali erogate/ giorni di detenzione in carcere), età d'esordio della sintomatologia psichiatrica (espressa in anni), età di assunzione del primo trattamento psicofarmacologico efficace (con "efficace" si intende l'assunzione di una terapia secondo le linee guida per il trattamento della patologia diagnosticata; da tale definizione sono escluse le benzodiazepine), durata di malattia non trattata (espressa in anni, rappresenta l'intervallo di tempo che intercorre tra l'esordio della patologia e l'età d'assunzione del primo trattamento psicofarmacologico efficace), numero di eventuali ricoveri psichiatrici (presso Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e/o Ospedali Psichiatrici Giudiziari) precedenti a t_0 , eventuale presa in carico da parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) prima dell'arresto, eventuale uso di sostanze e tipo di sostanza/e d'abuso utilizzata/e nel periodo immediatamente precedente l'arresto, presenza/assenza di una condizione di poliabuso, eventuale presa in carico del SerT operante all'interno della Casa Circondariale al momento della valutazione, eventuale messa in atto di gesti autolesivi e/o tentati suicidi nel periodo precedente la data d'arresto e durante il periodo d'osservazione (POss), presenza e tipo di supporto sociale (effettuazione o non effettuazione da parte del detenuto di colloqui

con parenti e/o amici), eventuale presenza di sieropositività per HCV e/o HIV, comorbilità mediche precedenti e/o successive all'arresto, eventuale attività lavorativa all'interno della Casa Circondariale nel periodo d'osservazione. Sono state inoltre registrate le terapie mediche e psichiatriche assunte dal paziente a t_0 .

Per tutti i pazienti è stata formulata una diagnosi clinica in accordo con i criteri diagnostici del DSM IV-TR (APA, 2000). Per valutarne possibili differenze, i pazienti sono stati suddivisi in gruppi secondo le seguenti sei categorie diagnostiche: 1) disturbi psicotici; 2) disturbi dell'umore; 3) disturbi d'ansia; 4) disturbi dell'adattamento; 5) disturbi di personalità; 6) altro (disturbi del comportamento alimentare, ritardo mentale, disturbi mentali di natura organica, disturbo dell'identità sessuale, disturbo mentale non altrimenti specificato).

Inoltre, ad ogni paziente sono state somministrate a t_0 , da parte di uno psichiatra adeguatamente formato, le seguenti scale di valutazione psicometrica:

- scale per la valutazione della psicopatologia generale:

Clinical Global Impressions (CGI) (Busner et al., 2009; Forkmann et al., 2011)

Global Assessment of Functioning (GAF) (APA, 2000; Aas, 2010)

- scala per la valutazione della sintomatologia psicotica:

Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987; 1988; 1990; Peralta & Cuesta, 1994; Santor et al., 2007)

- scala per la valutazione della sintomatologia depressiva:

Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (Hamilton, 1960)

- scala per la valutazione della sintomatologia maniacale:

Mania Rating Scale (MRS) (Young et al., 1978; Azorin et al., 2007)

- scala per la valutazione della sintomatologia ansiosa:

Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) (Hamilton, 1959; Bruss et al., 1994; Shear et al., 2001; Matza et al., 2010)

- scala per la valutazione dell'impulsività:

Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11) (Patton et al., 1995; Fossati et al., 2001; Stanford et al., 2009; Haden & Shiva, 2008)

Il campione generale è stato poi suddiviso rispettivamente sulla base delle categorie diagnostiche, della presenza/assenza di un uso di sostanze in comorbilità, del genere e dell'essere/non essere detenuto in condizione di isolamento, al fine di evidenziare eventuali differenze socio-demografiche e/o cliniche statisticamente significative tra i singoli

sottogruppi.

Infine, all'interno del campione totale sono stati identificati i pazienti più gravi (definiti da un punteggio totale HAM-D ≥ 18 e/o HAM-A > 14) (Bruss et al., 1994; Shear et al., 2001; Matza et al., 2010; Zimmerman et al., 2004; 2005; Romera et al., 2011) e per ciascuno di questi sottogruppi sono state ricercate eventuali differenze socio-demografiche e/o cliniche con la restante quota del campione.

Ciascun detenuto ha acconsentito verbalmente alla raccolta dei dati anamnestici socio-demografici ed alla somministrazione dei test psicometrici

STATISTICA

Sono state calcolate mediana, media, e deviazione standard delle variabili continue e frequenze delle variabili categoriali. I confronti tra i sottogruppi sono stati realizzati utilizzando il test del Chi-Quadro di Pearson e il test esatto di Fisher con valutazione dei residui standardizzati per le variabili categoriali.

Sono stati calcolati l'Odds-Ratio (OR), il Phi (Φ) e la V di Cramer quali misure d'associazione. I test parametrici del t di Student e dell'analisi della varianza ad una via (ANOVA) (confronti post hoc eseguiti attraverso i test di Tukey HSD e Bonferroni) con calcolo del quoziente di correlazione eta-quadrato (η^2) e, i test non parametrici, U di Mann-Whitney e il test di Kruskal-Wallis (confronti post hoc eseguiti attraverso test U di Mann-Whitney) con il calcolo del coefficiente di correlazione r sono stati utilizzati per il confronto delle variabili continue. Il livello statistico di significatività è $p < 0,05$. L'analisi è stata eseguita mediante il software Statistical Package for Social Science 19.0.

RISULTATI

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione generale

La percentuale di pazienti psichiatriche presenti nella sezione VIII e nell'Infermeria è risultata doppia rispetto a quella presente nelle altre sezioni. Queste due sezioni ospitano circa il 33,3% dei pazienti di sesso maschile del campione (Tabella III)

Tabella III . Distribuzione dei pazienti nelle singole sezioni

Distribuzione dei pazienti nelle singole sezioni		
	n	%
Sez 1 masch	8	4,0
Sez 2 masch	11	5,4
Sez 3 masch	16	7,9
Sez 4 masch	20	9,9
Sez 5 masch	11	5,4
Sez 6 masch	11	5,4
Sez 7 masch	9	4,5
Sez 8 masch	27	13,4
Sez 1 fem	27	13,4
Sez 2 fem	10	5,0
Sez infermeria	28	13,9
Sez osservazione	12	5,9
Sez isolamento	4	2,0
Sez C	7	3,5
Sez A	1	,5
TOTALE	202	100,0

Il campione è composto per 81,7% da pazienti di sesso maschile. L'età media è di 38,1 anni. Solo il 18,4% del campione ha conseguito il diploma e/o la laurea; il 16,9% è analfabeta o ha conseguito la sola licenza elementare. Il 49,5% è single. La quota di soggetti stranieri è del 35,1%. Il 25,7% è disoccupato. Il 33,2% dei soggetti è privo di qualsiasi supporto sociale. I pazienti risultano reclusi in media da 398 giorni. Sebbene il 38,6% del campione sia stato condannato per aver commesso un *crimine violento* (rapina, delitto contro la persona, violenza sessuale, omicidio), il reato più frequente è risultato essere quello "contro il patrimonio" (24,3%). Il 54% dei soggetti aveva già scontato almeno una detenzione (in media 2). Il 50% dei pazienti è in *attesa di giudizio*. I pazienti hanno in media da scontare ancora 37,7 mesi di reclusione. Solo il 10,9% dei pazienti ha avuto la possibilità di svolgere un'attività lavorativa all'interno del carcere durante il periodo d'osservazione.

Le caratteristiche socio-demografiche del campione sono state riassunte in Tabella IV.

Il numero di visite psichiatriche totale effettuato durante il periodo d'osservazione è di 711 con una media di 3,5 visite per paziente. L'età d'esordio della patologia psichiatrica è risultata essere di 29 anni con un ritardo medio di 1,7 anni nell'assunzione di un trattamento efficace. Il 55,0% non è stato mai ricoverato in strutture psichiatriche. Coloro che sono stati ricoverati riferiscono in media circa 3,5 ricoveri. Il 61,9% al momento dell'arresto non era in carico ad alcun Dipartimento di Salute Mentale. Il 34,2% del campione riferiva in anamnesi gesti autolesivi, di quest'ultimi il 68,1% riferiva tentati suicidi. Il 17,8% dei pazienti ha messo in atto gesti autolesivi (in media 2,2 gesti autolesivi per paziente) durante il periodo d'osservazione, il 25% dei quali è stato ritenuto un vero e proprio tentato suicidio. Il 71,3% è risultato affetto da patologie mediche in comorbidità. Il 16,8% è HCV+ ed il 4,5% HIV+. Infine

il 68,3% del campione riferisce uso di sostanze.

Le caratteristiche cliniche del campione sono state riassunte in Tabella V.

Tabella V .Caratteristiche cliniche del campione totale

Variabili	Campione totale (n=202)	Variabili	Campione totale (n=202)
N° prestazioni erogate totali	711	Pz che hanno messo in atto TS nel P.Oss.	
N° prestazioni erogate medie	3,5 (± 4,7)	Si	8 (4,0%)
		No	194 (96,0%)
		Dato mancante	0 (0,0%)
Età d'esordio (anni)	29,0 (± 10,7)	N° gesti autolesivi P.Oss.	2,2 (± 1,6)
Età primo trattamento (anni)	30,6 (± 10,3)	N° TS P.Oss.	1,1 (± 0,4)
DUI (anni)	1,7 (± 4,5)	Pz che hanno messo in atto Gesti Autolesivi nel P.Oss.	
		Si	36 (17,8%)
		No	166 (82,2%)
		Dato mancante	0 (0,0%)
Precedenti ricoveri psichiatrici		Comorbidità mediche	
Si	58 (28,7%)	Si	144 (71,3%)
No	111(55,0%)	No	57 (28,2%)
Dato mancante	33 (16,3%)	Dato mancante	1 (0,5%)
N° ricoveri psichiatrici	3,5 (± 3,9)	HCV	
		Si	34 (16,8%)
		No	167 (82,7%)
		Dato mancante	1 (0,5%)
PZ in carico al DSM prima dell'arresto		HIV	
Si	45 (22,3%)	Si	9 (4,5%)
No	125 (61,9%)	(AIDS)	2 (1,0%)
Dato mancante	32 (15,8%)	No	192 (95,0%)
		Dato mancante	1 (0,5%)
Gesti autolesivi pregressi		Uso di sostanze	
Si	69 (34,2%)	Si	138 (68,3%)
No	105 (52,0%)	No	64 (31,7%)
Dato mancante	28 (13,9%)	Dato mancante	0 (0,0%)
TS pregressi			
Si	47 (23,3%)		
No	123 (60,9%)		
Dato mancante	32 (15,8%)		

La diagnosi di *disturbo di personalità* è risultata, con il 35,1%, la più frequente all'interno nel nostro campione. Elevata, con il 23,3%, anche la prevalenza di *disturbi dell'adattamento*. La prevalenza dei *disturbi psicotici*, dei *disturbi dell'umore* e dei *disturbi d'ansia* è risulta essere, rispettivamente, del 5,9% , del 12,4% e del 6,9%.

La prevalenza dei diversi disturbi psichiatrici è riportata in Tabella VI.

Tabella VI . Frequenze delle diagnosi psichiatriche

Diagnosi psichiatrica		
	n	%
Disturbi dell'umore	25	12,4
Disturbi d'ansia	14	6,9
Disturbi psicotici	12	5,9
Disturbo dell'adattamento	47	23,3
Disturbi di personalità	71	35,1
Altro	10	5,0
Nessuna diagnosi	23	11,4
TOTALE	202	100,0

Le medie dei punteggi totali rilevate alle scale psicometriche somministrate a t_0 al campione sono per la GAF = 69,6, per la MRS =3,5, per l'HAM-D =8,8, per l'HAM-A =7,7, per la BIS-11 =68,5, per la PANSS tot = 42,7 e per la CGI =3,1. Il 7,4% dei pazienti ha ottenuto un punteggio totale all'HAM-D ≥ 18 , Il 7,4% un punteggio totale all'HAM-A > 14 , il 4,5% ha ottenuto sia un punteggio totale all'HAM-D ≥ 18 sia un punteggio totale all'HAM-A > 14 .

La gravità psicopatologica valutata a t_0 attraverso la somministrazione delle scale di valutazione psicometriche è riporta in Tabella VII.

Tabella VII . Gravità psicopatologica del campione a t_0

Variabili	Campione totale (n=119)
GAF t_0	69,6 ($\pm 12,0$)
MRS t_0	3,5 ($\pm 3,8$)
HAM-D t_0	8,8 ($\pm 5,5$)
HAM-D $t_0 \geq 18$	
Si	15 (7,4%)
No	187 (92,6%)
Dato mancante	0 (0,0%)
HAM-A t_0	7,7 ($\pm 4,9$)
HAM-A $t_0 > 14$	
Si	15 (7,4%)
No	187 (92,6%)
Dato mancante	0 (0,0%)
HAM-D $t_0 \geq 18$ e HAM-A $t_0 > 14$	
Si	9 (4,5%)
No	193 (95,5%)
Dato mancante	0 (0%)
BIS-11	68,5 ($\pm 13,6$)
BIS-11 ≥ 72	
Si	49 (24,3%)
No	68 (33,7%)
Dato mancante	85 (42,1%)
PANSS tot t_0	42,7 ($\pm 8,5$)
PANSS p t_0	7,3 ($\pm 1,7$)
PANSS n t_0	7,1 ($\pm 0,4$)
PANSS g t_0	28,4 ($\pm 7,8$)
CGI, t_0	3,1 ($\pm 1,1$)

Con l'90,7%, la classe farmacologica più frequentemente somministrata è stata quella delle *benzodiazepine* (BDZ), somministrata da sola solo nel 19,6% dei casi. Nel 49,7% dei casi sono stati somministrati *antipsicotici* (AP) o *stabilizzanti dell'umore* (STB) da soli o in associazione ad altre classi di farmaci. Nel 43,7% dei casi sono stati somministrati *antipsicotici* da soli o in associazione ad altre classi di farmaci. Sono stati somministrati farmaci in politerapia, escluse le BDZ, al 34,4% dei pazienti.

In Tabella VIII vengono riassunte le principali terapie somministrate a t_0 .

Tabella VIII. Tipologia di prescrizione delle singole classi farmacologiche al tempo t_0

Classe farmacologica	Pz in terapia farmacologica (N=183)
Solo AD	1,6%
Solo AP	1,0%
Solo BDZ	19,6%
BDZ	90,7%
AD	48,1%
AP	43,7%
STB	16,9%
AP e/o STB	49,7
Politerapia (senza BDZ)	34,4%

Differenze di genere nelle caratteristiche cliniche e socio-demografiche del campione totale

Le pazienti di sesso femminile, se confrontate con i soggetti di sesso maschile, si ritrovano recluse esclusivamente in sezioni ordinarie (100% vs 78.8%) e presentano una percentuale significativamente minore di ricoveri in infermeria (0% vs 17%) ($\chi^2=11.184$, $p=0.013$; $V=0.24$, $p=0.011$) (Tabella IX), una maggior frequenza di malattie mediche in comorbilità (89.2% vs 67.7%) ($\chi^2=6.873$, $p=0.14$; $OR=0.25$, $p=0.014$) (Tabella X) ed una maggior percentuale di soggetti che lavorano in carcere (29.6% vs 11.9%) ($\chi^2=5.388$, $p=0.034$; $OR=0.32$, $p=0.25$) (Tabella XI).

Tra i pazienti di sesso maschile, risulta maggiore la percentuale di soggetti con disturbo da uso di sostanze (72.1% vs 51.4%) ($\chi^2=6.023$, $p=0.019$; $OR=2.27$, $p=0.016$) (Tabella XII) e dedita al poliabuso (52.1% vs 32.4%) ($\chi^2=4.690$, $p=0.44$; $OR=2.27$, $p=0.33$) (Tabella XIII) se confrontata con i pazienti di sesso femminile; inoltre, risulta maggiore la percentuale di soggetti detenuti per crimini violenti (60.2% vs 24.1%) ($\chi^2=12.134$, $p=0.001$; $OR=4.75$, $p=0.001$) (Tabella XIV) e detenuti in condizioni d'isolamento (19.4% vs 0%) ($\chi^2=8.526$, $p=0.005$; $\Phi=0.21$, $p=0.005$) (Tabella XV). Infine, i pazienti di sesso maschile risultano aver usufruito di un minor numero di visite psichiatriche nel periodo d'osservazione (1.88 vs 2.59) ($U=2421$, $p=0.022$; $r=-0.144$) e di un minor numero di visite psichiatriche se rapportato ai giorni di detenzione (0.337 vs 0.519) ($U=2292$, $p=0.009$; $r=-0.1667$), hanno scontato un

maggior numero di detenzioni (0.94 vs 0.40) ($U=1202$, $p=0.003$; $r=-0.1886$) ed hanno messo in atto un maggior numero di agiti autolesivi pro paziente durante il periodo d'osservazione (2.48 vs 1.22) ($U=57.5$, $p=0.007$; $r=-0.1745$) (Tabella XVI).

Tabella IX. Distribuzione dei pazienti all'interno delle Sezioni in relazione al genere

Sesso			Sezioni				Totale
			ordinaria	infermeria	isolamento	regime speciale	
maschio	n		125	28	4	8	165
	%		75,8%	17,0%	2,4%	4,8%	100,0%
femmina	n		37	0	0	0	37
	%		100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Totale	n		162	28	4	8	202
	%		80,2%	13,9%	2,0%	4,0%	100,0%

Tabella X. Prevalenza di Comorbidità Medica, suddivisa per genere, tra i pazienti del campione

Sesso			Comorbidità Medica		Totale
			presente	assente	
maschio	n		111	53	164
	%		67,7%	32,3%	100,0%
femmina	n		33	4	37
	%		89,2%	10,8%	100,0%
Totale	n		144	57	201
	%		71,6%	28,4%	100,0%

Tabella XI. Prevalenza di occupazione lavorativa in carcere nel campione in relazione al genere

Sesso			Lavoro		Totale
			presente	assente	
maschio	n		14	104	118
	%		11,9%	88,1%	100,0%
femmina	n		8	19	27
	%		29,6%	70,4%	100,0%
Totale	n		22	123	145
	%		15,2%	84,8%	100,0%

Tabella XII. Prevalenza di Uso di Sostanze nel campione totale in relazione al genere

Sesso			Uso di Sostanze		Totale
			presente	assente	
maschio	n		119	46	165
	%		72,1%	27,9%	100,0%
femmina	n		19	18	37
	%		51,4%	48,6%	100,0%
Totale	n		138	64	202
	%		68,3%	31,7%	100,0%

Tabella XIII. Prevalenza di Poliabuso nel campione in relazione al genere

			Poliabuso		Totale
			presente	assente	
Sesso	maschio	n	86	79	165
		%	52,1%	47,9%	100,0%
	femmina	n	12	25	37
		%	32,4%	67,6%	100,0%
Totale	n	98	104	202	
	%	48,5%	51,5%	100,0%	

Tabella XIV. Prevalenza di detenzioni per crimine violento nel campione in relazione al genere

			Crimine violento		Totale
			presente	assente	
Sesso	maschio	n	71	47	118
		%	60,2%	39,8%	100,0%
	femmina	n	7	22	29
		%	24,1%	75,9%	100,0%
Totale	n	78	69	147	
	%	53,1%	46,9%	100,0%	

Tabella XV. Prevalenza di detenzione in condizione d'isolamento nel campione in relazione al genere

			Cella da Soli		Totale
			Si	No	
Sesso	maschio	n	32	133	165
		%	19,4%	80,6%	100,0%
	femmina	n	0	37	37
		%	,0%	100,0%	100,0%
Totale	n	32	170	202	
	%	15,8%	84,2%	100,0%	

Tabella XVI. Numero medio di prestazioni, precedenti detenzioni, sostanze utilizzate e gesti autolesivi messi in atto durante il periodo d'osservazione in funzione del genere

Sesso		N° prestazioni	n visite/ giorni detenzione	N° di precedenti detenzioni	N° di sostanze utilizzate	N agiti autolesivi
maschio	Media	3,53	,578	2,58	1,69	2,48
	Dev. std.	5,067	,7641	4,284	1,391	1,695
	Mediana	1,88	,337	,94	1,63	2,08
femmina	Media	3,46	,572	,52	1,05	1,22
	Dev. std.	2,631	,3531	,893	1,268	,441
	Mediana	2,59	,519	,40	,76	1,22
Totale	Media	3,52	,577	2,22	1,57	2,17
	Dev. std.	4,711	,7062	3,988	1,388	1,577
	Mediana	1,98	,368	,81	1,44	1,77

Differenze socio-demografiche e cliniche tra i soggetti affetti da un uso di sostanze in comorbidità ed il restante campione

Il periodo d'osservazione è risultato essere mediamente superiore per i pazienti con comorbidità da uso di sostanze (DD) (7.72 mesi vs 6.52 mesi) ($t=2.193, p=0.029; \eta^2=0.023$) (Tabella XVIII). In tale gruppo risulta maggiore la probabilità di essere maschi (86.2% vs 71.9%) ($\chi^2=6.023, p=0.019; OR=2.45, p=0.016$) (Tabella XIX), italiani (69.6% vs 54.7%) ($\chi^2=4.226, p=0.042; OR=1.894, p=0.041$) (Tabella XX), di aver già scontato una pena detentiva (70% vs 34.6%) ($\chi^2=19.360, p<0.001; OR=4.407, p<0.001$) (Tabella XXI) per un numero medio di volte superiore al restante campione (1.26 vs 0.28) ($U=1351, p<0.001; r=-0.3347$) (Tabella XVIII); si è evidenziata una minor percentuale di soggetti che sono stati arrestati per reati di tipo sessuale e associazione mafiosa (5.7% vs 19%; 2.9% vs 11.9%) ($\chi^2=18.255, p=0.008; V=0.352, p=0.008$) (Tabella XXII). La percentuale di soggetti sieropositivi per HCV è risultata essere 9 volte maggiore rispetto al restante campione (23.2% vs 3.2%) ($\chi^2=12.328, p<0.001; OR=9.208, p=0.003$) (Tabella XXIII).

Tra i pazienti DD, rispetto al restante gruppo, è risultata maggiore la frequenza di soggetti per i quali è stata formulata una diagnosi di disturbo della personalità (47.2% vs 22.2%) e minore quella per i quali è stata formulata una diagnosi di disturbo dell'adattamento (20% vs 40.7%) ($\chi^2=14.147, p=0.014; V=0.281, p=0.014$) (Tabella XXIV). Mediamente hanno riportato in anamnesi un numero maggiore di ricoveri in reparti di psichiatria (2.6 vs 1.57) ($U=118, p=0.043; r=-0.1186$) (Tabella XVIII). Tra i pazienti DD, la probabilità di avere un'anamnesi positiva per agiti autolesivi è risultata essere circa 3 volte maggiore rispetto al rimanente campione (47.1% vs 22.6%) ($\chi^2=9.219, p=0.002; OR=3.043, p=0.003$) (Tabella XXV). Infine, rispetto al rimanente campione, hanno ottenuto punteggi più alti alla BARRATT (70.37 vs 62.26) ($t=2.791, p=0.006; \eta^2=0.063$) ed più bassi alla PANSS per sintomi positivi (7.09 vs 7.14) ($U=4069, p=0.041; r=-0.1432$) (Tabella XVIII).

Tabella XVIII. Numero medio di mesi d'osservazione, numero di detenzioni e di ricoveri in anamnesi, punteggio ottenuto alla BARRATT ed alla PANSS, per sintomi positivi nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di uso di sostanze (TD)

TD		mesi d'osservazione	N° detenzioni	N° ricoveri	BARRATT	PANSS p
presente	Media	7,72	2,86	3,89	70,37	7,27
	Dev. std.	3,541	4,347	4,214	13,498	1,694
	Mediana	8,65	1,26	2,60	69,40	7,09
assente	Media	6,52	,64	2,00	62,26	7,39
	Dev. std.	3,796	2,278	1,491	12,312	1,705
	Mediana	6,25	,28	1,57	60,75	7,14
Totale	Media	7,34	2,22	3,48	68,50	7,31
	Dev. std.	3,658	3,988	3,857	13,621	1,694
	Mediana	8,00	,81	2,35	68,22	7,07

Tabella XIX. Pazienti affetti da uso di sostanze (TD) suddivise in funzione del genere

			Sesso		Totale
			maschio	femmina	
TD	presente	n	119	19	138
		%	86,2%	13,8%	100,0%
	assente	n	46	18	64
		%	71,9%	28,1%	100,0%
Totale	n	165	37	202	
	%	81,7%	18,3%	100,0%	

Tabella XX. Prevalenza di italiani nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di uso di sostanze (TD)

			Italiano		Totale
			Si	No	
TD	presente	n	96	42	138
		%	69,6%	30,4%	100,0%
	assente	n	35	29	64
		%	54,7%	45,3%	100,0%
Totale	n	131	71	202	
	%	64,9%	35,1%	100,0%	

Tabella XXI. Anamnesi positiva per una precedente detenzione in relazione alla presenza/assenza di un uso di sostanze (TD)

			Precedenti Detenzioni		Totale
			presente	assente	
TD	presente	n	91	39	130
		%	70,0%	30,0%	100,0%
	assente	n	18	34	52
		%	34,6%	65,4%	100,0%
Totale	n	109	73	182	
	%	59,9%	40,1%	100,0%	

Tabella XXII. Frequenze della tipologia di reato all'interno del campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di uso di sostanze (TD)

			Tipologia di reato							Totale	
			patrimonio	persona	sessuale	omicidio	Ass. mafiosa	associativo	sostanze		altro
TD	presente	n	40	16	6	17	3	2	15	6	105
		%	38,1%	15,2%	5,7%	16,2%	2,9%	1,9%	14,3%	5,7%	100,0%
	assente	n	9	9	8	2	5	0	8	1	42
		%	21,4%	21,4%	19,0%	4,8%	11,9%	,0%	19,0%	2,4%	100,0%
Totale	n	49	25	14	19	8	2	23	7	147	
	%	33,3%	17,0%	9,5%	12,9%	5,4%	1,4%	15,6%	4,8%	100,0%	

Tabella XXIII. Prevalenza di sieropositività HCV nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un uso di sostanze (TD)

			Sieropositività per HCV		Totale
			presente	assente	
TD	presente	n	32	106	138
		%	23,2%	76,8%	100,0%
	assente	n	2	61	63
		%	3,2%	96,8%	100,0%
Totale	n	34	167	201	
	%	16,9%	83,1%	100,0%	

Tabella XXIV. Distribuzione delle diagnosi psichiatriche all'interno del campione suddiviso in relazione della presenza/assenza di uso di sostanze (TD)

			Diagnosi Psichiatrica					Totale	
			Umore	Ansia	Psicosi	Adattamento	Personalità		Altro
TD	presente	n	19	8	8	25	59	6	125
		%	15,2%	6,4%	6,4%	20,0%	47,2%	4,8%	100,0%
	assente	n	6	6	4	22	12	4	54
		%	11,1%	11,1%	7,4%	40,7%	22,2%	7,4%	100,0%
Totale	n	25	14	12	47	71	10	179	
	%	14,0%	7,8%	6,7%	26,3%	39,7%	5,6%	100,0%	

Tabella XXV. Frequenza di anamnesi positiva per agiti autolesivi nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di uso di sostanze (TD)

			Agiti autolesivi in anamnesi		Totale
			presenza	Assenza	
TD	presente	n	57	64	121
		%	47,1%	52,9%	100,0%
	assente	n	12	41	53
		%	22,6%	77,4%	100,0%
Totale	n	69	105	174	
	%	39,7%	60,3%	100,0%	

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei soggetti che hanno messo in atto condotte autolesive e/o tentati suicidio nel periodo d'osservazione

Pazienti che hanno messo in atto agiti autolesivi durante il periodo d'osservazione

I pazienti che hanno messo in atto agiti autolesivi nel periodo d'osservazione sono 36 pari al 17,8% di tutti i pazienti per i quali è stata richiesta una consulenza psichiatrica (N=202) ed al 20,1% dei soggetti per i quali è stata formulata una diagnosi psichiatrica (N=179). Il numero di agiti autolesivi totali messo in atto dal campione oggetto dello studio è risultato essere 78,

con una media di 2.2 ± 1.6 per paziente (Tabella V). I pazienti che hanno messo in atto un gesto autolesivo erano detenuti con probabilità maggiore in infermeria e minore in una sezione ordinaria (31.4% vs 10.2%, 62.9% vs 83.8%) ($\chi^2=15.670$, $p=0.003$; $V=0.279$, $p=0.003$) (Tabella XXVI). Erano con più probabilità vedovi (10.3% vs 0%) ($\chi^2=16.012$, $p=0.005$; $V=0.308$, $p=0.005$) (Tabella XXVII); stavano scontando con maggiore probabilità una pena già passata in giudicato (66.7% vs 44.4%) ($\chi^2=5.422$, $p=0.023$; $OR=2.5$, $p=0.023$) (Tabella XXVIII). In questo sottogruppo di pazienti, è stata riscontrata un maggior frequenza di un'anamnesi positiva per agiti autolesivi pregressi (77.4% vs 31.5%) ($\chi^2=22.480$, $p<0.001$; $OR=7.467$, $p<0.001$) (Tabella XXIX) e per tentati suicidio pregressi (51.7% vs 22.7%) ($\chi^2=10.133$, $p=0.003$; $OR=3.650$, $p=0.002$) (Tabella XXX). È risultata statisticamente superiore la percentuale di soggetti con un punteggio oltre il cut-off alla Ham-A (17.1% vs 5.4%) ($\chi^2=5.815$, $p=0.027$; $OR=3.632$, $p=0.022$) (Tabella XXXI). I pazienti che hanno messo in atto agiti autolesivi hanno evidenziato una minor frequenza di supporto sociale (34.6% vs 57.6%) ($\chi^2=4.535$, $p=0.049$; $OR=0.389$, $p=0.037$) (Tabella XXXII) e con maggior probabilità si trovavano in cella da soli (37.1% vs 11.4%) ($\chi^2=14.408$, $p=0.001$; $OR=4.603$, $p<0.001$) (Tabella XXXIII). I pazienti che hanno messo in atto un agito autolesivo hanno mostrato un'età media inferiore (34.2 vs 38.92) ($t=-2.623$, $p=0.009$; $\eta^2=0.033$), hanno richiesto un maggior numero di prestazioni (5.8 vs 1.98) ($U=939$, $p<0.001$; $r=-0.4611$), hanno richiesto un maggior numero di prestazioni rispetto alla durata della detenzione (0.7 vs 0.368) ($U=1383.5$, $p<0.001$; $r=-0.3449$), hanno avuto un maggior numero di detenzioni (1.6 vs 0.81) ($U=1289$, $p=0.044$; $r=-0.1620$), hanno ottenuto alla valutazione iniziale un punteggio minore alla GAF (65.34 vs 70.50) ($t=-2.345$, $p=0.020$; $\eta^2=0.027$) e maggiore alla CGI (3.60 vs 2,99) ($t=2.712$, $p=0.010$; $\eta^2=0.033$), MRS (4.78 vs 2.59) ($U=1945.5$, $p=0.001$; $r=-0.2212$), HAM-D (10.74 vs 8.39) ($t=2.339$, $p=0.020$; $\eta^2=0.027$), HAM-A (9.46 vs 7.28) ($t=2.429$, $p=0.016$; $\eta^2=0.029$), PANSS-tot (47 vs 39.95) ($U=1904.5$, $p<0.001$; $r=-0.2282$), PANSS-g (32.97 vs 27.44) ($t=3.033$, $p=0.004$; $\eta^2=0.073$) (Tabella XXXIV).

Tabella XXVI. Distribuzione all'interno delle sezioni detentive del campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

		Sezioni				Totale	
		ordinaria	infermeria	isolamento	regime speciale		
Agiti autolesivi OSS	presente	n	22	11	2	0	35
		%	62,9%	31,4%	5,7%	,0%	100,0%
	assente	n	140	17	2	8	167
		%	83,8%	10,2%	1,2%	4,8%	100,0%
Totale	n	162	28	4	8	202	
	%	80,2%	13,9%	2,0%	4,0%	100,0%	

Tabella XXVII. Distribuzione dello stato civile nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			Stato Civile					Totale
			celibe/nubile	coniugato	divorziato	convivente	vedovo	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	12	5	5	4	3	29
		%	41,4%	17,2%	17,2%	13,8%	10,3%	100,0%
	assente	n	48	35	32	25	0	140
		%	34,3%	25,0%	22,9%	17,9%	,0%	100,0%
Totale	n	60	40	37	29	3	169	
	%	35,5%	23,7%	21,9%	17,2%	1,8%	100,0%	

Tabella XXVIII. Frequenza di pazienti detenuti con condanna definitiva nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			Definitivo		Totale
			Si	No	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	22	11	33
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	assente	n	72	90	162
		%	44,4%	55,6%	100,0%
Totale	n	94	101	195	
	%	48,2%	51,8%	100,0%	

Tabella XXIX. Frequenza di un'anamnesi positiva per condotte autolesive nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			Agiti autolesivi in anamnesi		Totale
			presente	assente	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	24	7	31
		%	77,4%	22,6%	100,0%
	assente	n	45	98	143
		%	31,5%	68,5%	100,0%
Totale	n	69	105	174	
	%	39,7%	60,3%	100,0%	

Tabella XXX. Frequenza di un'anamnesi positiva per tentato suicidio nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			Tentati suicidio in anamnesi		Totale
			presente	assente	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	15	14	29
		%	51,7%	48,3%	100,0%
	assente	n	32	109	141
		%	22,7%	77,3%	100,0%
Totale	n	47	123	170	
	%	27,6%	72,4%	100,0%	

Tabella XXXI. Frequenza di pazienti con un punteggio alla HAM-A>14 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			HAM-A t0 >14		Totale
			presente	assente	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	6	29	35
		%	17,1%	82,9%	100,0%
	assente	n	9	158	167
		%	5,4%	94,6%	100,0%
Totale	n	15	187	202	
	%	7,4%	92,6%	100,0%	

Tabella XXXII. Frequenza della presenza/assenza di supporto sociale nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			Supporto sociale		Totale
			presente	assente	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	9	17	26
		%	34,6%	65,4%	100,0%
	assente	n	68	50	118
		%	57,6%	42,4%	100,0%
Totale	n	77	67	144	
	%	53,5%	46,5%	100,0%	

Tabella XXXIII. Prevalenza di detenzione in condizioni d'isolamento nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

			Detenzione in isolamento		Totale
			presente	assente	
Agiti autolesivi OSS	presente	n	13	22	35
		%	37,1%	62,9%	100,0%
	assente	n	19	148	167
		%	11,4%	88,6%	100,0%
Totale	n	32	170	202	
	%	15,8%	84,2%	100,0%	

Tabella XXXIV. Numero medio di prestazioni psichiatriche totali ed in relazione ai giorni di detenzione erogati, età, numero di detenzioni e punteggio alle scale CGI, GAF, MRS, HAM-D, HAM-A. PANSS_{tot} e PANSSg nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di condotte autolesive messe in atto durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS)

Agiti autolesivi OSS		N	n visite/ gg prestazioni	Età	N detenzioni	CGI-I	GAF	MRS	HAM-D	HAM-A	PANSS tot	PANSS g
presente	Media	8,40	1,16	34,20	3,92	3,60	65,34	5,83	10,74	9,46	47,49	32,97
	Dev. std.	8,33	1,24	9,311	6,45	1,24	13,35	5,69	6,14	5,72	11,59	10,33
	Mediana	5,80	0,7	31,33	1,60	3,57	66,36	4,78	10,67	8,86	47,00	33,00
assente	Media	2,50	0,45	38,92	1,88	2,99	70,50	3,07	8,39	7,28	41,65	27,44
	Dev. std.	2,57	0,45	9,75	3,22	0,99	11,48	3,09	5,25	4,61	7,3	6,78
	Mediana	1,75	0,03	38,73	0,71	3,03	69,79	2,59	7,47	6,50	39,95	25,95
Totale	Media	3,52	0,58	38,10	2,22	3,10	69,60	3,54	8,80	7,66	42,66	28,40
	Dev. std.	4,71	0,71	9,82	3,99	1,06	11,95	3,8	5,473	4,876	8,464	7,772
	Mediana	1,98	0,37	37,75	0,81	3,12	69,14	2,87	8,09	7,00	40,80	26,80

Pazienti che hanno messo in atto tentati suicidi durante il periodo d'osservazione

I pazienti che hanno messo in atto un tentato suicidio durante il periodo d'osservazione risultano essere 8 pari al 4% dei pazienti inviati per una consultazione psichiatrica (N=202), al 4.5% dei soggetti per i quali è stata formulata una diagnosi psichiatrica (N=179) ed al 22.2% dei soggetti che hanno messo in atto agiti autolesivi (N=36) (Tabella V).

I pazienti che hanno messo in atto un tentato suicidio hanno mostrato un probabilità maggiore di avere un'anamnesi positiva per TS pregressi (75% vs 25.3%)($\chi^2=9.410$, $p=0.006$; $OR=8.854$, $p=0.009$) (Tabella XXXV), ha evidenziato un maggior probabilità di superare il cut-off all'HAM-D (37.5% vs 6.2%)($\chi^2=10.960$, $p=0.015$; $OR=9.1$, $p=0.005$) (Tabella XXXVI), ed di superare contemporaneamente i cut-off alla HAM-D e HAM-A (25% vs 6.7%)($\chi^2=8.259$, $p=0.043$; $OR=8.905$, $p=0.015$) (Tabella XXXVII). I pazienti che hanno messo in atto un tentativo di suicidio hanno richiesto mediamente un numero maggiori di prestazioni psichiatriche complessive (10 vs 1.91)($U=145$, $p<0.001$; $r=0.2846$) e rispetto ai giorni di detenzione (1 vs 0.354)($U=233$, $p=0.001$; $r=0.2361$). Hanno ottenuto mediamente punteggi maggiori alla CGI (4.5 vs 3.04)($t=3.943$, $p<0.001$; $\eta^2=0.072$), MRS (10.34 vs 3.26)($t=2.364$, $p=0.005$; $\eta^2=0.134$), HAM-D (14.25 vs 8.57)($t=2.929$, $p=0.004$; $\eta^2=0.031$) ed HAM-A (11.88 vs 7.48)($t=2.529$, $p=0.012$; $\eta^2=0.041$) (Tabella XXXVIII).

Tabella XXXV. Frequenza di pazienti con un'anamnesi positiva per tentato suicidio nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di tentati suicidio messi in atto durante il periodo d'osservazione (TS OSS)

			Tentati suicidi in anamnesi		Totale
			presente	assente	
TS OSS	presente	n	6	2	8
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	assente	n	41	121	162
		%	25,3%	74,7%	100,0%
Totale	n	47	123	170	
	%	27,6%	72,4%	100,0%	

Tabella XXXVI. Frequenza di pazienti con un punteggio alla HAM-D \geq 18 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di tentati suicidio messi in atto durante il periodo d'osservazione (TS OSS)

			HAM-D \geq 18		Totale
			presente	assente	
TS OSS	presente	n	3	5	8
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	assente	n	12	182	194
		%	6,2%	93,8%	100,0%
Totale	n	15	187	202	
	%	7,4%	92,6%	100,0%	

Tabella XXXVII. Frequenza di pazienti con un punteggio alla HAM-D \geq 18 e HAM-A $>$ 14 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di tentati suicidio messi in atto durante il periodo d'osservazione (TS OSS)

			HAM-D \geq 18 e HAM-A $>$ 14		Totale
			presente	assente	
TS OSS	presente	n	2	6	8
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	assente	n	7	187	194
		%	3,6%	96,4%	100,0%
Totale	n	9	193	202	
	%	4,5%	95,5%	100,0%	

Tabella XXXVIII. Numero medio di prestazioni psichiatriche totali ed in relazione ai giorni di detenzione erogate, età, numero di detenzioni e punteggio alle scale CGI, MRS, HAM-D e HAM-A nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di tentati suicidi messi in atto durante il periodo d'osservazione (TS OSS)

TS OSS		N prestazioni	n visite/ gg detenzione	CGI	MRS	HAM-D	HAM-A
presente	Media	8,88	1,318	4,50	10,38	14,25	11,88
	Dev. std.	3,720	1,0284	1,069	8,484	6,882	6,424
	Mediana	10,00	1,000	4,40	7,67	13,00	9,50
assente	Media	3,30	,547	3,04	3,26	8,57	7,48
	Dev. std.	4,623	,6762	1,022	3,230	5,310	4,743
	Mediana	1,91	,354	3,06	2,76	7,83	6,80
Totale	Media	3,52	,577	3,10	3,54	8,80	7,66
	Dev. std.	4,711	,7062	1,060	3,802	5,473	4,876
	Mediana	1,98	,368	3,12	2,87	8,09	7,00

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti più gravi

HAM-A > 14

Nel gruppo di pazienti che hanno ottenuto un punteggio alla HAM-A > 14 è stata valutata una maggior percentuale di soggetti detenuti in isolamento rispetto al restante campione (13.3% vs 1.1%) ($\chi^2=7.093$ $p=0.017$; $OR=4.13$, $p=0.013$) (Tabella XXXIX) e con un punteggio alla HAM-D ≥ 18 (60% vs 3.2%) ($\chi^2=65.150$, $p<0.001$; $OR=45.250$, $p<0.001$) (Tabella XL). I pazienti che hanno ottenuto un punteggio alla HAM-A > 14 hanno richiesto mediamente un maggior numero di consulenze psichiatriche durante il periodo d'osservazione (5 vs 1.9) ($U=948$, $p=0.016$; $r= -0.1525$) e in relazione al giorni di detenzione (0.63 vs 0.36) ($U=956$, $p=0.020$; $r= -0.1443$) (Tabella XLI). In questo gruppo, rispetto al rimanente campione, si è evidenziata una maggior percentuale di soggetti che ha messo in atto agiti autolesivi durante il periodo d'osservazione (40% vs 15.5%) ($\chi^2=5.815$, $p=0.027$; $OR=3.63$, $p=0.022$) (Tabella XLII).

Tabella XXXIX. Distribuzione all'interno delle sezioni detentive del campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-A > 14

		Sezione				Totale	
		ordinaria	infermeria	isolamento	regime speciale		
HAM-A > 14	presente	n	9	4	2	0	15
		%	60,0%	26,7%	13,3%	,0%	100,0%
	assente	n	153	24	2	8	187
		%	81,8%	12,8%	1,1%	4,3%	100,0%
Totale	n	162	28	4	8	202	
	%	80,2%	13,9%	2,0%	4,0%	100,0%	

Tabella XL. Frequenza di pazienti con un punteggio alla HAM-D ≥ 18 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-A > 14

		HAM-D ≥ 18		Totale	
		presente	assente		
HAM-A > 14	presente	n	9	6	15
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	assente	n	6	181	187
		%	3,2%	96,8%	100,0%
Totale	n	15	187	202	
	%	7,4%	92,6%	100,0%	

Tabella XLI. Numero medio di prestazioni psichiatriche totali ed in relazione ai giorni di detenzione erogate nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-A>14

HAM-A t0 >14		N prestazioni	n visite/ gg detenzione
presente	Media	6,93	1,107
	Dev. std.	8,198	1,1653
	Mediana	5,00	,625
assente	Media	3,25	,535
	Dev. std.	4,232	,6420
	Mediana	1,93	,355
Totale	Media	3,52	,577
	Dev. std.	4,711	,7062
	Mediana	1,98	,368

Tabella XLII. Frequenza di pazienti che hanno messo in atto condotte autolesive (Agiti autolesivi OSS) nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-A>14

			Agiti autolesivi OSS		Totale
			presente	assente	
HAM-A>14	presente	n	6	9	15
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	assente	n	29	158	187
		%	15,5%	84,5%	100,0%
Totale	n	35	167	202	
	%	17,3%	82,7%	100,0%	

HAM-D \geq 18

Nel gruppo di pazienti che hanno ottenuto un punteggio alla HAM-D \geq 18 si è evidenziata una maggior percentuale di soggetti detenuti in isolamento (13.3% vs 1.1%) ($\chi^2=11.548$, $p=0.003$; $OR=5.67$, $p=0.002$) (Tabella XLIII). Inoltre, si evidenzia una maggiore frequenza di pazienti con anamnesi positiva per agiti autolesivi pregressi (66.7% vs 37.1%) ($\chi^2=5.005$, $p=0.026$; $OR=3.39$, $p=0.033$) (Tabella XLIV), tentati suicidio (20% vs 2.7%) ($\chi^2=10.960$, $p=0.015$; $OR=9.1$, $p=0.005$) (Tabella XLV) e con un punteggio alla HAM-A>14 (60% vs 3.2%) ($\chi^2=65.150$, $p<0.001$; $OR=45.250$, $p<0.001$) (Tabella XLVI) rispetto al restante campione. Infine, in tale gruppo di pazienti si evidenzia una richiesta di un numero maggiore di prestazioni psichiatriche pro paziente sia in relazione al periodo d'osservazione (5.7 vs 1.9) ($U=747$, $p=0.001$; $r= -0.2150$), sia rispetto ai giorni di detenzione (1.4 vs 0.51) ($t=4.990$, $p=0.039$; $\eta^2=0.111$), che risultano essere mediamente superiori se paragonati a quelli del restante campione (385 vs 149 gg) ($U=920$, $p=0.014$; $r= -0.1541$) (Tabella XLVII).

Tabella XLIII. Distribuzione all'interno delle sezioni detentive del campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-D \geq 18

			Sezione				Totale
			ordinaria	infermeria	isolamento	regime speciale	
HAM-D \geq 18	presente	n	8	5	2	0	15
		%	53,3%	33,3%	13,3%	,0%	100,0%
	assente	n	154	23	2	8	187
		%	82,4%	12,3%	1,1%	4,3%	100,0%
Totale		n	162	28	4	8	202
		%	80,2%	13,9%	2,0%	4,0%	100,0%

Tabella XLIV. Frequenza di pazienti con un'anamnesi positiva per agiti autolesivi nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-D \geq 18

			Agiti autolesivi in anamnesi		Totale
			presente	assente	
HAM-D \geq 18	presente	n	10	5	15
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	assente	n	59	100	159
		%	37,1%	62,9%	100,0%
Totale		n	69	105	174
		%	39,7%	60,3%	100,0%

Tabella XLV. Frequenza di pazienti che hanno tentato il suicidio durante il periodo d'osservazione (TS OSS) nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-D \geq 18

			TS OSS		Totale
			presente	assente	
HAM-D \geq 18	presente	n	3	12	15
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	assente	n	5	182	187
		%	2,7%	97,3%	100,0%
Totale		n	8	194	202
		%	4,0%	96,0%	100,0%

Tabella XLVI. Frequenza di pazienti con un punteggio alla HAM-A $>$ 14 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di un punteggio alla HAM-D \geq 18

			HAM-A $>$ 14		Totale
			presente	assente	
HAM-D \geq 18	presente	n	9	6	15
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	assente	n	6	181	187
		%	3,2%	96,8%	100,0%
Totale		n	15	187	202
		%	7,4%	92,6%	100,0%

Tabella XLVII. Numero medio di prestazioni psichiatriche complessive ed in relazione ai giorni di detenzione erogate e numero medi di giorni di detenzione scontati nel campione suddiviso in relazione alla

presenza/assenza di un punteggio alla HAM-D \geq 18

HAM-D \geq 18		N prestazioni	n visite/ gg detenzione	Giorni di detenzione
presente	Media	9,13	1,405	473,40
	Dev. std.	10,683	1,5114	433,503
	Mediana	5,67	,727	385,00
assente	Media	3,07	,511	391,51
	Dev. std.	3,556	,5544	774,915
	Mediana	1,91	,352	131,00
Totale	Media	3,52	,577	397,62
	Dev. std.	4,711	,7062	754,371
	Mediana	1,98	,368	149,00

Differenze nelle caratteristiche cliniche e socio-demografiche tra i pazienti reclusi in condizione d'isolamento ed il restante campione

Tra i soggetti in cella da soli si è evidenziata una percentuale maggiore di soggetti affetti da disturbi di personalità (56.7% vs 36.2%) e psicotici (16.7% vs 4.7%), e minore di disturbi dell'adattamento (10% vs 29.5%) rispetto al resto del campione ($\chi^2=17.041$ $p=0.004$; $V=0.31$, $p=0.004$) (Tabella XLVIII). La percentuale di pazienti con anamnesi positiva per agiti autolesivi (56.7% vs 36.1%) ($\chi^2=14.408$ $p=0.001$; $OR=4.6$, $p<0.001$) (Tabella XLIX) e tentati suicidi (48.3% vs 23.4%) ($\chi^2=7.438$ $p=0.011$; $OR=3.31$, $p=0.008$) (Tabella L) è risultata maggiore tra i detenuti detenuti in isolamento, così come è risultata maggiore la percentuale di soggetti che hanno messo in atto agiti autolesivi nel periodo d'osservazione (40.6% vs 12.9%) ($\chi^2=14.408$, $p=0.001$; $OR=4.6$, $p<0.001$) (Tabella LI). I pazienti detenuti in isolamento hanno mostrato un punteggio medio minore alla GAF (65.5 vs 70.1) ($t=-2.136$, $p=0.034$; $\eta^2=0.022$) e maggiore alla CGI (3.7 vs 3) ($t=3.518$, $p=0.001$; $\eta^2=0.058$), HAM-D (12.6 vs 8.1) ($t=3.739$, $p=0.001$; $\eta^2=0.093$), HAM-A (9.6 vs 7.3) ($t=2.478$, $p=0.014$; $\eta^2=0.030$), PANSS tot (48.1 vs 41.7) ($t=2.842$, $p=0.007$; $\eta^2=0.077$) e PANSS g (32.7 vs 27.6) ($t=3.467$, $p=0.001$; $\eta^2=0.057$) (Tabella LII). Inoltre, in tale gruppo, è risultata maggiore la percentuale di pazienti che ha ottenuto un punteggio alla HAM-A $>$ 14 (18.8% vs 5.3%) ($\chi^2=7.093$, $p=0.017$; $OR=4.12$, $p=0.013$) (Tabella LIII) ed alla HAM-D \geq 18 (21.9% vs 4.7%) ($\chi^2=11.548$, $p=0.003$; $OR=5.67$, $p=0.002$) (Tabella LIV).

Tabella XLVIII. Distribuzione delle diagnosi psichiatriche all'interno del campione suddiviso in relazione della presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

			Diagnosi psichiatrica					Altro	Totale
			Umore	Ansia	Psicosi	Adattamento	Personalità		
			Detenzione in condizione d'isolamento	presente	n	2	0		
		%	6,7%	,0%	16,7%	10,0%	56,7%	10,0%	100,0%
	assente	n	23	14	7	44	54	7	149
		%	15,4%	9,4%	4,7%	29,5%	36,2%	4,7%	100,0%
Totale		n	25	14	12	47	71	10	179
		%	14,0%	7,8%	6,7%	26,3%	39,7%	5,6%	100,0%

Tabella XLIX. Percentuale di pazienti con agiti autolesivi in anamnesi nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

			Agiti autolesivi in anamnesi		Totale
			presente	assente	
			Detenzione in condizione d'isolamento	presente	
		%	56,7%	43,3%	100,0%
	assente	n	52	92	144
		%	36,1%	63,9%	100,0%
Totale		n	69	105	174
		%	39,7%	60,3%	100,0%

Tabella L. Percentuale di pazienti con tentato suicidio in anamnesi nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

			Tentato suicidio in anamnesi		Totale
			presente	assente	
			Detenzione in condizione d'isolamento	presente	
		%	48,3%	51,7%	100,0%
	assente	n	33	108	141
		%	23,4%	76,6%	100,0%
Totale		n	47	123	170
		%	27,6%	72,4%	100,0%

Tabella LI. Percentuale di pazienti che hanno messo in atto condotte autolesive durante il periodo d'osservazione (Agiti autolesivi OSS) nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

			Agiti autolesivi OSS		Totale
			presente	assente	
			Detenzione in condizione d'isolamento	presente	
		%	40,6%	59,4%	100,0%
	assente	n	22	148	170
		%	12,9%	87,1%	100,0%
Totale		n	35	167	202
		%	17,3%	82,7%	100,0%

Tabella LII. Punteggio alla CGI, GAF, HAM-D, HAM-A, PANSS_{tot} e PANSS_g nel campione suddiviso rispetto alla presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

Detenzione in condizione d'isolamento		CGI	GAF	HAM-D	HAM-A	PANSS tot	PANSS g
presente	Media	3,69	65,50	12,62	9,59	48,06	32,66
	Dev. std.	1,203	13,498	6,539	6,015	12,391	10,288
	Mediana	3,67	66,67	12,00	8,75	44,71	30,33
assente	Media	2,99	70,38	8,08	7,29	41,65	27,60
	Dev. std.	,997	11,521	4,948	4,561	7,106	6,954
	Mediana	3,01	69,79	7,25	6,42	40,00	26,07
Totale	Media	3,10	69,60	8,80	7,66	42,66	28,40
	Dev. std.	1,060	11,954	5,473	4,876	8,464	7,772
	Mediana	3,12	69,14	8,09	7,00	40,80	26,80

Tabella LIII. Percentuale di pazienti con un punteggio alla HAM-A>14 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

Detenzione in condizione d'isolamento			HAM-A>14		Totale
			presente	assente	
	presente	n	6	26	32
		%	18,8%	81,3%	100,0%
	assente	n	9	161	170
		%	5,3%	94,7%	100,0%
Totale		n	15	187	202
		%	7,4%	92,6%	100,0%

Tabella LIV. Percentuale di pazienti con un punteggio alla HAM-D≥18 nel campione suddiviso in relazione alla presenza/assenza di detenzione in condizione d'isolamento

Detenzione in condizione d'isolamento			HAM-D≥18		Totale
			presente	assente	
	presente	n	7	25	32
		%	21,9%	78,1%	100,0%
	assente	n	8	162	170
		%	4,7%	95,3%	100,0%
Totale		n	15	187	202
		%	7,4%	92,6%	100,0%

Differenze nelle caratteristiche socio-demografiche e cliniche tra i pazienti raggruppati in relazione alla diagnosi psichiatrica

I pazienti affetti da disturbo di personalità ha richiesto il più alto numero di prestazioni, rispetto ai giorni di detenzione, durante il periodo d'osservazione (2.5) ($\chi^2=13.222$, $p=0.018$) (Tabella LV) . La percentuale di pazienti che possedeva un'anamnesi positiva per ricoveri in ambiente psichiatrico (sia esso avvenuto in un Servizio di Diagnosi e Cura o in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario) è risultata superiore tra i soggetti affetti da disturbo psicotico e disturbo di personalità e inferiore tra quelli affetti da disturbo dell'adattamento (81.8%, 48.4% vs 13.9%) ($\chi^2=21.681$, $p=0.001$; $V=0.38$, $p=0.001$) (Tabella LVI). La percentuale di pazienti in carico a un DSM al tempo

t_0 è risultata superiore nei pazienti affetti da disturbo di personalità ed inferiore in quelli affetti da disturbo dell'adattamento (45.2% vs 13.2%) ($\chi^2=15.109$, $p=0.010$; $V=0.32$, $p=0.010$) (Tabella LVII). La percentuale di pazienti affetti in comorbilità da uso di sostanze (83.1% vs 53.2%) ($\chi^2=14.147$, $p=0.014$; $V=0.28$, $p=0.014$) (Tabella LVIII), la percentuale di poliabusatori (62% vs 27.7%) ($\chi^2=14.448$ $p=0.011$; $V=0.28$, $p=0.011$) (Tabella LIX) e quella di pazienti in carico al SerT (64.8% vs 19.8%) ($\chi^2=14.993$, $p=0.009$; $V=0.29$, $p=0.011$) (Tabella LX) , e che quindi assumeva terapia metadonica, è risultata essere superiore tra i soggetti con disturbo di personalità ed inferiore tra quelli affetti da disturbo dell'adattamento. La percentuale di soggetti detenuti in condizione d'isolamento è risultata superiore tra i soggetti affetti da disturbo psicotico e di personalità (41.7%;23.9%) ($\chi^2=17.041$ $p=0.004$; $V=0.31$, $p=0.004$) (Tabella LXI). Tra i pazienti affetti da disturbo di personalità, inoltre, è risultata maggiore la percentuale di soggetti con un'anamnesi positiva per agiti autolesivi (62.1%) ($\chi^2=24.241$ $p<0.001$; $V=0.40$, $p<0.001$) (Tabella LXII), così come il numero medio di agiti autolesivi per paziente messi in atto durante il periodo d'osservazione (2.4) ($\chi^2=10.296$, $p=0.034$) (Tabella LV). Il confronto tra i pazienti suddivisi in base alla diagnosi clinica non ha mostrato differenze statisticamente significative rispetto alla tipologia di reato commesso.

Tabella LV. Numero di prestazioni erogate e numero di agiti autolesivi messi in atto durante il periodo d'osservazione (agiti autolesivi OSS) nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica		N prestazioni	N agiti autolesivi OSS
Umore	Media	2,68	1,33
	Dev. std.	2,719	,577
	Mediana	1,83	1,33
Ansia	Media	2,36	1,00
	Dev. std.	1,393	
	Mediana	2,13	1,00
Psicosi	Media	3,83	1,00
	Dev. std.	4,064	,000
	Mediana	2,17	1,00
Adattamento	Media	2,47	1,40
	Dev. std.	2,611	,894
	Mediana	1,72	1,40
Personalità	Media	4,76	2,94
	Dev. std.	6,223	1,982
	Mediana	2,50	2,43
Altro	Media	5,30	2,50
	Dev. std.	8,654	,707
	Mediana	1,83	2,50
Totale	Media	3,65	2,23
	Dev. std.	4,921	1,695
	Mediana	2,00	1,76

Tabella LVI. Percentuale di pazienti con anamnesi positiva per ricoveri psichiatrici nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Ricovero psichiatrico in anamnesi		Totale
			presente	assente	
Umore	n		8	15	23
	%		34,8%	65,2%	100,0%
Ansia	n		2	7	9
	%		22,2%	77,8%	100,0%
Psicosi	n		9	2	11
	%		81,8%	18,2%	100,0%
Adattamento	n		5	31	36
	%		13,9%	86,1%	100,0%
Personalità	n		30	32	62
	%		48,4%	51,6%	100,0%
Altro	n		3	4	7
	%		42,9%	57,1%	100,0%
Totale	n		57	91	148
	%		38,5%	61,5%	100,0%

Tabella LVII. Percentuale di pazienti in carico al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Presenza in carico da parte del DSM		Totale
			presente	assente	
Umore	n		6	16	22
	%		27,3%	72,7%	100,0%
Ansia	n		1	8	9
	%		11,1%	88,9%	100,0%
Psicosi	n		4	6	10
	%		40,0%	60,0%	100,0%
Adattamento	n		5	33	38
	%		13,2%	86,8%	100,0%
Personalità	n		28	34	62
	%		45,2%	54,8%	100,0%
Altro	n		1	7	8
	%		12,5%	87,5%	100,0%
Totale	n		45	104	149
	%		30,2%	69,8%	100,0%

Tabella LVIII. Percentuale di pazienti con uso di sostanze in comorbidità nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Uso di sostanze		Totale
			presente	assente	
Umore	n		19	6	25
	%		76,0%	24,0%	100,0%
Ansia	n		8	6	14
	%		57,1%	42,9%	100,0%
Psicosi	n		8	4	12
	%		66,7%	33,3%	100,0%
Adattamento	n		25	22	47
	%		53,2%	46,8%	100,0%
Personalità	n		59	12	71
	%		83,1%	16,9%	100,0%
Altro	n		6	4	10
	%		60,0%	40,0%	100,0%
Totale	n		125	54	179
	%		69,8%	30,2%	100,0%

Tabella LIX. Percentuale di pazienti con poliabuso nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Poliabuso		Totale
			presente	assente	
Umore	n		15	10	25
	%		60,0%	40,0%	100,0%
Ansia	n		7	7	14
	%		50,0%	50,0%	100,0%
Psicosi	n		6	6	12
	%		50,0%	50,0%	100,0%
Adattamento	n		13	34	47
	%		27,7%	72,3%	100,0%
Personalità	n		44	27	71
	%		62,0%	38,0%	100,0%
Altro	n		5	5	10
	%		50,0%	50,0%	100,0%
Totale	n		90	89	179
	%		50,3%	49,7%	100,0%

Tabella LX. Percentuale di pazienti in carico al Servizio per le tossicodipendenze (SerT) nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Presa in carico da parte del		Totale
			presente	assente	
Umore	n		14	11	25
	%		56,0%	44,0%	100,0%
Ansia	n		6	8	14
	%		42,9%	57,1%	100,0%
Psicosi	n		6	6	12
	%		50,0%	50,0%	100,0%
Adattamento	n		14	33	47
	%		29,8%	70,2%	100,0%
Personalità	n		46	25	71
	%		64,8%	35,2%	100,0%
Altro	n		4	6	10
	%		40,0%	60,0%	100,0%
Totale	n		90	89	179
	%		50,3%	49,7%	100,0%

Tabella LXI. Percentuale di pazienti detenuti in condizione d'isolamento nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Detenzione in condizione d'isolamento		Totale
			presente	assente	
Umore	n	2	23	25	
	%	8,0%	92,0%	100,0%	
Ansia	n	0	14	14	
	%	,0%	100,0%	100,0%	
Psicosi	n	5	7	12	
	%	41,7%	58,3%	100,0%	
Adattamento	n	3	44	47	
	%	6,4%	93,6%	100,0%	
Personalità	n	17	54	71	
	%	23,9%	76,1%	100,0%	
Altro	n	3	7	10	
	%	30,0%	70,0%	100,0%	
Totale	n	30	149	179	
	%	16,8%	83,2%	100,0%	

Tabella LXII. Percentuale di pazienti con anamnesi positiva per agito autolesivo nel campione suddiviso in relazione alla diagnosi psichiatrica

Diagnosi psichiatrica			Agito autolesivo in anamnesi		Totale
			presente	assente	
Umore	n		9	14	23
	%		39,1%	60,9%	100,0%
Ansia	n		2	6	8
	%		25,0%	75,0%	100,0%
Psicosi	n		1	8	9
	%		11,1%	88,9%	100,0%
Adattamento	n		7	31	38
	%		18,4%	81,6%	100,0%
Personalità	n		41	25	66
	%		62,1%	37,9%	100,0%
Altro	n		4	5	9
	%		44,4%	55,6%	100,0%
Totale	n		64	89	153
	%		41,8%	58,2%	100,0%

DISCUSSIONE

Se si confrontano i dati di prevalenza con uno studio italiano effettuato sulla stessa popolazione (Carrà et al., 2004), la prevalenza dei disturbi psicotici (6% vs 5%), dei disturbi d'ansia (7% vs 10%) e dei disturbi di personalità (35% vs 30%) appare sovrapponibile, mentre appaiono discordanti i dati riguardanti i disturbi dell'umore (12% vs 22%) e dell'adattamento (23% vs 14%). Tali differenze, soprattutto per quanto riguarda il disturbo dell'adattamento, a nostro avviso appaiono attribuibili al differente setting nel quale si sono svolti i due studi. Infatti, la Casa Circondariale di Monza è una struttura che ha capienza doppia rispetto al carcere di Pavia, un ampio bacino d'utenza e le conseguenze del sovraffollamento hanno un impatto molto maggiore. Alcune sezioni, per motivi organizzativi, appaiono maggiormente vittima di questo problema, sottoponendo i detenuti ivi reclusi a grave stress ambientale. Ciò, se da una parte, può essere causa di una reale superiore prevalenza dei disturbi dell'adattamento, dall'altra può spingere lo psichiatra ad una più frequente attribuzione dei sintomi a condizioni ambientali stressanti. Sebbene l'81,7% dei soggetti affetti da patologia mentale inclusi nello studio sia di sesso maschile, tale dato è da attribuire alla composizione della popolazione carceraria totale detenuta presso la Casa

Circondariale di Monza. Infatti, le percentuali di soggetti per i quali è stata richiesta una visita psichiatrica non differiscono quando si prende in considerazione la composizione della popolazione carceraria rispetto al genere, attestandosi tra il 10,4% e l'8,4%. I detenuti affetti da patologia mentale sono risultati giovani, con un'età media di 38 anni, single e con bassa scolarità, meno di un quarto ha conseguito almeno il diploma di scuola superiore. Un terzo dei soggetti è risultato privo di un adeguato supporto sociale. La quota di soggetti stranieri è risultata essere superiore ai valori medi registrati nelle carceri italiane (Clerici et al., 2006; Segagni Lusignani et al., 2006; DAP, 2011).

Il 71.3% dei pazienti presenta comorbilità mediche; la prevalenza è superiore tra i soggetti di sesso femminile, dato, quest'ultimo, confermato dalla scarsa letteratura oggi esistente sull'argomento (Maruschak, 2006). Il 16.8% è affetto da HCV e il 4.5% da HIV, percentuali che appaiono inferiori a quelle rilevate a livello nazionale su campioni di detenuti non selezionati (Babudieri et al., 2005). Tale differenza ci appare riconducibile alla non inclusione nel campione oggetto dello studio dei soggetti affetti dal solo uso di sostanze.

La classe farmacologica maggiormente somministrata risulta essere quella delle benzodiazepine, dato in accordo con quanto già emerso in letteratura (Clerici et al., 2006). Gli antipsicotici sono stati somministrati da soli o in associazione ad altre classi di farmaci nel 43.7% dei casi, frequenza che solo in parte appare correlata alle nuove indicazioni per i disturbi dell'umore di suddetta classe. Infatti, la prevalenza cumulativa di disturbi psicotici e disturbi dell'umore, pari solo al 18% circa, ne sottolinea il largo utilizzo off-label verosimilmente indirizzato al controllo dell'impulsività che, valutata mediante la scala BIS-11, è risultata mediamente al limite del cut-off per l'intero campione ed ha stimato un'alta impulsività nel 41,9% dei soggetti intervistati.

I punteggi totali ottenuti alle scale di valutazione psicométrica somministrate a t_0 hanno rilevato la presenza di una sintomatologia psichiatrica di grado lieve o moderato tra i pazienti, tanto che il 63.3% dei pazienti è stato valutato normale, marginalmente o solo lievemente ammalato alla CGI e per l'11.4% dei soggetti non è stata formulata alcuna diagnosi. Ciò sembra attribuibile sia al fatto che la maggior parte delle richieste di prima consulenza psichiatrica sono avvenute in modalità ordinaria per pazienti già in trattamento e che al momento della prima valutazione si trovavano in condizione di relativo benessere, sia con la grande frequenza di disturbi dell'adattamento insorti al momento dell'arresto, caratterizzati da una sintomatologia di grado lieve o moderato.

Il gruppo di pazienti con punteggio totale alla HAM-D \geq 18 ha mostrato, con maggior probabilità la presenza in anamnesi di agiti autolesivi predittori di un aumentato rischio

suicidario (Maris et al., 2000) ed ha mostrato una frequenza ~ 9 volte superiore di tentati suicidio. Inoltre, nel gruppo di pazienti con HAM-A>14 si è registrata una percentuale di soggetti che ha messo in atto agiti autolesivi ~ 3 volte superiore al gruppo di controllo.

A parità di caratteristiche cliniche, quali prevalenza di patologia mentale e gravità psicopatologica, i dati evidenziano una minor tendenza alla reiterazione dell'agito autolesivo tra i soggetti di sesso femminile. Ciò, se da una parte ci appare motivato dal minor sovraffollamento che affligge il reparto detentivo femminile che porta ad un minor stress ambientale e permette un maggiore attenzione ai bisogni dei soggetti con disagio psichico, dall'altra ci appare correlato al mancato ricorso all'isolamento per il controllo dei pazienti a rischio di agito autolesivo. Infatti, il solo essere detenuto in condizioni d'isolamento si associa ad una probabilità 4.6 volte maggiore di compiere un agito autolesivo ed ad una maggiore gravità psicopatologica. Soprattutto per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa e depressiva, misurate attraverso la HAM-A e la HAM-D, tra i soggetti detenuti in condizione d'isolamento, emerge una percentuale di soggetti che superano il cut-off di gravità sintomatologica di ~ 4 e ~ 5 volte superiore rispetto al restante campione. Dato – quello del superamento del cut-off alle scale HAM-A e HAM-D - correlato ad una maggior frequenza di agiti autolesivi e/o tentati suicidi. La percentuale di pazienti che è detenuta per aver commesso “crimini violenti” è risultata maggiore tra i soggetti di sesso maschile, con dati sovrapponibili ad uno studio italiano su una popolazione simile (Carrà et al., 2004; Segagni Lusignani et al., 2006).

Il gruppo di pazienti affetti da disturbo di personalità ha necessitato di un numero di visite psichiatriche fino a 2 volte superiore rispetto ai pazienti affetti da altro disturbo mentale. Inoltre, in anamnesi, tale gruppo ha riportato con maggior frequenza ricoveri psichiatrici, uso di sostanze e gesti autolesivi, caratteristiche che, oltre a sottolinearne la gravità del quadro psicopatologico, sono predittive di possibili agiti autolesivi e tentati suicidi (Hayes, 2005; Sani et al., 2011; May et al., 2012), dato osservato anche nel nostro studio, dove il numero di agiti autolesivi per paziente è risultato essere fino a 3 volte maggiore rispetto a quello messo in atto da pazienti affetti da altra patologia psichiatrica. A nostro avviso, all'elevato rischio suicidario – il suicidio rappresenta una delle principali cause di morte nelle carceri a livello mondiale (Noonan & Carson, 2011) – percepito dagli operatori in tale popolazione, si correlerebbe il largo utilizzo off-label di antipsicotici, somministrati al 61,2% dei pazienti con disturbo di personalità allo scopo di controllarne l'impulsività.

Il fatto che solo il 10,3% della popolazione carceraria sia stato inviato al Servizio di Psichiatria Penitenziaria, sebbene sia compatibile con le percentuali che individuano i soggetti detenuti

per i quali è necessario un intervento psichiatrico urgente (Gunn et al., 1991; Birmingham et al., 1996; Brooke et al., 1996; Shoemaker et al., 1997), sottolinea i limiti della modalità di screening per patologia mentale effettuata sulla popolazione carceraria, comune alla maggior parte delle carceri italiane. Infatti, tale modalità di invio si avvale generalmente del solo colloquio clinico effettuato da psicologi e/o, più spesso, della segnalazione da personale privo di competenze psichiatriche, quali medici SIAS e polizia penitenziaria, quando non del paziente stesso. Tale consuetudine, priva di una reale procedura che preveda la somministrazione di interviste strutturate, produce un'elevata sottostima della prevalenza della patologia mentale tra i detenuti (Birmingham et al., 1996; Schoemaker et al., 1997; Cooke, 1994; Roesch et al., 1995; Bulten, 1998): si pensi che studi nazionali ed internazionali riportano una prevalenza di soggetti affetti da patologia mentale tra la popolazione carceraria superiore all'85% (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Baillargeon, 2011; Fazel & Seewald, 2012). Tutto ciò porta all'esclusione della maggior parte dei soggetti affetti da patologia mentale dai necessari percorsi di cura. Il problema risulta aggravato da una scelta di tipo organizzativo, decisa a livello regionale, che delega il trattamento dei disturbi da uso di sostanze a un servizio diverso da quello della Salute Mentale, SerT, il quale non prevede all'interno del proprio staff medico la figura psichiatrica. La parcellizzazione istituzione del trattamento di tali pazienti ha portato all'esclusione da un trattamento psichiatrico, a favore del solo trattamento medico, i soggetti nei quali predomina un quadro sintomatologico di dipendenza. Inoltre, l'assenza della figura dello psichiatra all'interno dello staff medico dei SerT ha ridotto la possibilità di individuare le patologie in comorbilità che avrebbero potuto beneficiare di un trattamento psichiatrico. Tale considerazione appare tanto più rilevante se si considerano i dati di letteratura che riferiscono una prevalenza di disturbi di personalità in comorbilità con i disturbi da uso di sostanze superiore all'80% (Rounsaville et al., 1998; Verheul, 2001); inoltre, il nostro studio sottolinea come i pazienti con un uso di sostanze comorbile richiedano un maggior carico assistenziale e reiterino con maggior frequenza l'agito autolesivo.

Dalla lettura dei dati, appaiono meritevoli di interesse quelli relativi ai soggetti detenuti in condizione d'isolamento. Infatti, vi risultano reclusi i pazienti che appaiono nel complesso più gravi, che hanno riferito con maggior frequenza un'anamnesi positiva per agiti autolesivi e tentati suicidio, che mostrano mediamente una maggiore gravità sintomatologica, valutata alle scale psicometriche, nelle quali più frequentemente ottengono punteggi superiori ai cut-off – HAM-D \geq 18 e HAM-A $>$ 14 – e che hanno richiesto una media di visite psichiatriche pro paziente complessive e rispetto ai giorni di detenzione fino a 3 volte superiore rispetto al restante campione. La maggior gravità sintomatologica, se da una parte ci è parsa motivata dall'elevato

stress prodotto dalla detenzione in isolamento dove i soggetti trascorrono in media 23 ore al giorno in cella (Clerici et al., 2002), dall'altro ha messo in luce la difficoltà della struttura carceraria nel gestire il paziente psichiatrico sintomatico: questi viene isolato, così come dalla società, nel tentativo di essere contenuto e di fatto privato dell'indispensabile rete di interazioni sociali che si creano all'interno della struttura carceraria e che si traduce, in molti casi, in una migliore tolleranza della restrizione delle libertà personali. A tal riguardo occorre sottolineare un altro dato interessante: sebbene affetto, nel complesso, da patologia lieve e ben compensata, solo il 10,9% del campione risulta impegnato in attività lavorative all'interno del carcere, per le quali una qualsiasi diagnosi psichiatrica sembra divenire sostanzialmente un criterio d'esclusione.

Infine, ci appaiono meritevoli d'interesse, i dati emersi dallo studio riguardanti gli agiti autolesivi e/o tentati suicidio. Innanzitutto, nel nostro campione, le condotte autolesive, messe in atto durante il periodo d'osservazione, sono risultate frequenti (n=78; media= 2.2 \pm 1.6). I soggetti che hanno messo in atto un agito autolesivo rappresenta il ~ 18% del campione totale con una percentuale che aumenta a ~ 20% se si considerano i soli soggetti per i quali è stata formulata una diagnosi psichiatrica. Tali percentuali, sebbene siano maggiori del 4% rilevato tra la popolazione generale, appaiono sostanzialmente sovrapponibili al 21% riscontrato nei pazienti psichiatrici adulti (Briere & Gil, 1998 Klonsky et al., 2003). La prevalenza di agiti autolesivi (~ 34%) e di tentati suicidio (~ 23%) nella storia di questi soggetti, statisticamente superiore rispetto al restante campione, è risultato superiore rispetto al 17.9% emerso da uno dei pochi studi italiani condotti sull'intera popolazione carceraria maschile effettuata su 1555 detenuti (Carli et al., 2011) ed al 15% emerso da uno studio internazionale condotto su reclusi che ricevevano un trattamento psichiatrico (Young et al., 2006)

Dalla letteratura internazionale non emergono dati certi riguardanti l'associazione tra variabili socio-demografiche e condotte autolesive, in quanto le ricerche hanno dato risultati contrastanti senza permettere di giungere a conclusioni definitive (Jones, 1986; Ivanoff et al., 1996; Zlotnick et al., 1999; Stanley et al., 2001; Lekka et al., 2006).

Nel nostro campione, sebbene mediamente più giovani, i soggetti che hanno messo in atto agiti autolesivi, risultano aver scontato mediamente un maggior numero di detenzioni ed essere reclusi per una pena passata in giudicato. E' risultata maggiore la percentuale di soggetti vedovi rispetto al gruppo di controllo, dato che appare in contrasto con i dati rilevati sulla popolazione carceraria complessiva, dai quali emerge che i detenuti con una storia di agiti autolesivi sono per la maggior parte coniugati (Fazel et al., 2010). I pazienti che hanno

messo in atto agiti autolesivi e/o tentati suicidi hanno richiesto un maggior numero di visite psichiatriche, ciò sia perché tali atti smuovono le diverse figure che operano all'interno del carcere e li spingono, giustamente, a richiedere con maggior frequenza l'intervento dello psichiatra, figura chiamata a risolvere lo stato d'emergenza, calmare il detenuto per poi seguirlo nel follow-up, sia per l'evidenza di una maggior gravità psicopatologica in questi soggetti rispetto al restante campione, come evidenziato anche dai punteggi alle scale psicometriche. Un punteggio alla HAM-A >14 è risultato associato ad una percentuale ~ 4 volte maggiore di mettere in atto agiti autolesivi, mentre un punteggio alla HAM-D ≥ 18 è risultato associato ad una percentuale ~9 di mettere in atto tentati suicidi. In accordo con quanto espresso rispetto all'utilizzo dell'isolamento per il controllo del grave disagio psichiatrico, si evidenzia che una maggior percentuale di soggetti che hanno messo in atto agiti autolesivi era detenuta in condizione d'isolamento, che da sola appare correlata ad una percentuale ~ 5 volte maggiore di mettere in atto condotte autolesive.

CONCLUSIONI

Questo studio rappresenta uno spaccato della condizione clinica del paziente affetto da patologia mentale detenuto nelle carceri italiane. Mette in luce alcune criticità del sistema psichiatrico penitenziario. Sottolinea, quindi, la necessità di introdurre nella normale pratica clinica nuove procedure di screening che prevedano l'utilizzo di interviste psicodiagnostiche strutturate ed una maggior integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e i Servizi per le Tossicodipendenze al fine di individuare correttamente tutti i soggetti che possono beneficiare di un trattamento psichiatrico. Infine, supporta l'evidenza dell'utilità di scale psicometriche nell'individuare la popolazione di soggetti con maggior rischio di compiere agiti autolesivi e tentati suicidio.

BIBLIOGRAFIA

Aas IH. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry* 2010; 9:20.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed.It. Masson, Milano, 2000.

Azorin JM, Kaladjian A, Akiskal HS, Hantouche EG, Duchene LC, Gury C, et al. Validation of a severity threshold for the Mania Rating Scale: a receiver-operating characteristic analysis. *Psychopathology* 2007; 40(6): 453-60.

Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G, Dori L, Suligo B, et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population; results from a multicentre study in Italy. *J Med Virol* 2005; 76(3): 311-7.

Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners: Consecutive case study. *BMJ* 1996, 313: 1521-4.

Briere JPD, Gil EPD: Self mutilation in clinical and general population samples. Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998; 68: 609-620.

Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996, 313:1524-7.

Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP. Hamilton Anxiety Rating Scale Interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Res* 1994; 53(2):191-202.

Bulten BH. Gevangen tussen straf en zorg: Psychische stoornissen bij jeugdige kortgestrafte gedeteneerden. Detained between punishment and care: Mental disorders among young short-sentenced detainees. Unpublished doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1998.

Busner J, TarquimSD, Miller DS. The Clinical Global Impressions scale: errors in understanding and use. *Compr Psychiatry* 2009; 50(3): 257-62.

Carli V, Mandelli L, Postuvan V, Roy A, Bevilacqua L, Cesaro C, Baralla F, Marchetti M, Serretti A, Sarchiapone M. Self Harm in Prisoners. *CNS Spectr* 2011;e pub.

Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalence of mental disorders and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2004; 13: 47-54.

Clerici M, Bertolotti Ricotti P, D'Urso N, Marasco M, Candotti S, Scarone S. Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte? *NÓOS aggiornamenti in psichiatria* 2006; 12(1): 35-58.

Clerici M, Mencacci C, Scarone S. Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri. Milano: Masson S.p.A., 2002.

Cooke, D. J. Psychological disturbance in the Scottish prison system: Prevalence, precipitants and policy. Report no. 3. Scottish Prison Service: Occasional Papers, 1994.

Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, sezione statistica. Amministrazione Penitenziaria – Statistiche sui detenuti presenti italiani e stranieri negli Istituti Penitenziari, 2011.

- Favazza A. *Bodies under Siege: self mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd edition) Baltimore,MD: John Hopkins University Press, 1998
- 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: 545–550.
- Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison Suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol* 2010; DOI:10.1007/s00127-010-0184-4.
- Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *BJP* 2012; 200:364-373.
- Forkmann T, Scherer A, Boecker M, Pawelzik M, Jostes R, Gauggel S. The clinical global impressions scale and the influence of patient or staff perspective on outcome. *BMC Psychiatry* 2011; 11(1): 83.
- Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *J Clin Psychol* 2001; 57(6):815-28.
- Gunn, J., Maden, A., & Swinton, M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal* 1991; 303: 338–341.
- Haden SC, Shiva A. Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: an evaluation of the Barratt impulsiveness scale. *Behav Sci Law* 2008; 26(6): 675-90.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*1960; 23: 56-62.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959 32: 50-55.
- Hayes L. Suicide prevention in correctional facilities. In C. Scott & J. Gerbasi (Eds.), *Handbook of correctional mental health* (pp. 69–88). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005.
- Ivanoff A, Jang SJ & Smyth NJ. Clinical risk factors associated with parasuicide in prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative criminology* 1996; 40: 135-146.
- Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, et al. The national morbidity surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997; 27: 775–89.
- Jones A. Self mutilation in prison: a comparison of mutilators and non mutilators. *Criminal Justice and behavior* 1986; 13: 286-296.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.
- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 1988; 21(1): 99-110.
- Kay SR. Positive-negative symptom assessment in schizophrenia: psychometric issues and scale comparison. *Psychiatr Q* 1990; 61(3): 163-78.
- Kessler R, McGonagle K, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R

psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8–19.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self harm in a non clinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:1501-8.

Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal Ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behavior - prospective case control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006; 256: 87-92.

Mangnall J, Yurkovich E. A literature review of Deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric care* 2008; 44: 3.

Maris RW, Berman AL, Silverman MM. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press, 2000. p. 19.

Maruschak LM. Medical problems of jail inmates. Bureau of Justice Statistics Special Report. November 2006.

Matza LS, Morlock R, Sexton C, Malley K, Feltner D. Identifying HAM-A cut-offs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. *Int J Methods Psychiatr Res* 2010; 19(4): 223-32.

May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10-year longitudinal study. *J Psychiatr Res*. 2012 May 8. [Epub ahead of print]

Noonan M, Carson A. Prison and jail deaths in custody, 2000-2009 statistical tables. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2011.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor Structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-74.

Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1994; 53(1): 31-40.

Robins R, Reiger D. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: The Free Press, 1991.

Roesch R, Ogloff JRP, Eaves D. Mental health research in the criminal justice system: The need for common approaches and international perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry* 1995; 18, 1–14.

Romera I, Pérez V, Menchon JM, Polavieja P, Gilaberte I. Optimal cut-off point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psychiatry Res* 2011; 186(1): 133-7.

Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1998; 186: 87–95.

Sani G, Tondo L, Koukopoulos A, Reginaldi D, Kotzalidis GD, Koukopoulos AE, Manfredi G, Mazzarini L, Pacchiarotti I, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Girardi P, Tatarelli R. Suicide in a large population of former psychiatric inpatients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011; 65(3): 286-95.

Santor DA, Ascher-Svanum H, Lindenmayer JP, Obenchain RL. Item response analysis of the Positive and Negative Syndrome Scale. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 66.

- Schoemaker C, Van Zessen G. Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen Mental disorders among detainees: An explorative study in the penitentiary complex Scheveningen. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- Segagni Lusignani G, Giacobone C, Pozzi F, Dal Canton F, Alecci P, Carrà G. Disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di prevalenza. *NÓOS aggiornamenti in psichiatria* 2006;12(1): 23-34.
- Shear MK, Vander Bilt J, Rucci P, Endicott J, Lydiard B, Otto MW, et al. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH- A). *Depress Anxiety* 2001; 13(4): 166-78.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours part 2: suicide related ideations, communications and behaviours. *Suicide and Life threatening behavior* 2007; 3: 264-277.
- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An Update and review. *Pers Individ Dif* 2009; 47(5): 385-95.
- Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self mutilates a unique population? *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 427-432.
- Suyemoto K. The function of self mutilation. (Electronic version). *Clinical Psychology review* 1998; 18(5): 531-4.
- Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*. 2001; 16(5): 274-82.
- Walmsley R. World prison population list, 2d edn. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2000.
- Walmsley R. World prison population list, 8th edn. London: King's College London International Centre for Prison Studies, 2009.
- Young MH, Justice JV, Erdberg P. Risk of harm: Inmates who harm themselves while in prison psychiatric treatment. *Journal of forensic sciences* 2006; 51: 152-156
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensibility. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429-35.
- Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M. A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192(9): 595-601.
- Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Is the cut-off to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(3): 170-5.
- Zlotnick C, Mattia JJ, Zimmerman M. Clinical correlates of self mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of nervous and mental Disease* 1999; 187: 296-301.