

Report Finale Ricerca Transnazionale Progetto M.E.D.I.C.S. – MENTALLY DISTURBED INMATES CARE AND SUPPORT



A cura di: Dott. Roberto Monarca,

Responsabile della Ricerca Transnazionale per SIMSPE Onlus

Il Report finale è preparato sulla base della documentazione pervenuta dai partners internazionali (NOMS per Inghilterra e Galles, e dai responsabili del progetto rispettivamente di Catalogna e Croazia), nonché sui report del team MEDICS delle visite eseguite in Catalogna e Croazia .

CONSIDERAZIONI GENERALI

Il Progetto MEDICS si propone di migliorare le condizioni detentive dei condannati che manifestano disturbo o patologie mentali più o meno gravi, tali comunque da non determinare il trasferimento in altre strutture.

Il progetto prevede di effettuare una ricerca in Italia nelle tre regioni prese a campione, Piemonte, Emilia-Romagna e Sicilia, di tipo quantitativo e qualitativo, volta ad ottenere informazioni e dati in merito a quanti siano i detenuti affetti da disagi o patologie mentali in quelle aree di riferimento e di quali tipi di disturbi e/o malattie mentali soffrano, e di confrontarla con i dati emersi attraverso l'applicazione dello stesso sistema di rilevazione (un questionario da somministrare agli operatori penitenziari) nei paesi partner di Progetto, ovvero Catalogna (Spagna), Inghilterra e Galles (UK) e Croazia, coinvolti nello scambio e nella condivisione di buone prassi e di esperienze nel settore. L'intento è quello di avere un dato quali- Quantitativo sulla "percezione " che gli operatori penitenziari hanno del problema e confrontarlo con i dati disponibili in letteratura o nei data base degli istituti coinvolti nella ricerca. Inoltre le visite studio previste nei paesi partner offriranno un quadro complessivo dell'organizzazione sanitaria nel trattamento del disagio e/o patologia mentale nei relativi paesi permettendo un confronto con l'attuale organizzazione in Italia ed eventuali proposte di miglioramento.

Il Progetto, infatti, prevede che la collaborazione transnazionale conduca alla stesura di un documento congiunto (*Final Transnational Joint Report*) sulla presa in carico ed il trattamento dei detenuti con disagio mentale da sottoporre al Parlamento Europeo, per la stesura di eventuali Raccomandazioni in materia

Il seguente report espone le evidenze di quanto emerso nei paesi partner.

Inghilterra e Galles

Innanzitutto occorre precisare che il partner di Progetto NOMS (National Offender Management Service) un'Agenzia Esecutiva del Ministero della Giustizia Britannico, creata nel luglio 2008 a scopo di proteggere la popolazione e ridurre la ripetizione dei reati, alla richiesta di utilizzare il questionario proposto dal partner Italiano ha risposto che esiste già un lavoro portato avanti dal NICE (National Institute for Health and Care Excellence) e sintetizzato in un documento intitolato "Mental Health of Adults in contact with the Criminal Justice System", e che pertanto non intendeva partecipare a nuove ricerche, ma che avrebbe preso in considerazione la possibilità di raccogliere ulteriori informazioni eventualmente fornite dal progetto MEDICS da aggiungere a quelle già in possesso di NOMS.

Tale posizione ha reso i dati forniti da parte del partner britannico non confrontabili con quelli raccolti in Italia, Catalogna e Croazia attraverso la somministrazione di questionari comuni, soprattutto nell'ambito della percezione del problema da parte degli operatori penitenziari che si è voluta indagare con il progetto.

Il partner Britannico comunque ha inviato al team di Progetto :

- a) un documento del 2013 sull'accordo di collaborazione esistente tra National Offender Management Service (NOMS), Servizio Sanitario Nazionale Inglese (NHS England) e Public Health England per la fornitura di servizi sanitari nelle carceri Inglesi (sintesi in All.1), in cui vengono definiti i ruoli di ciascun organo (NOMS, NHS, PHE) nella fornitura dei servizi sanitari penitenziari Inglesi;
- b) un documento sulle misure alternative alla custodia cautelare in carcere chiamato "Adult Community Sentence in England and Wales " introdotto con il Criminal Justice Act del 2003, in cui vengono definite le misure alternative in particolare per tre ordini di detenuti: gli alcol-dipendenti, i dipendenti da droghe e i detenuti con problemi di salute mentale . (sintesi in All.2)
- c) Dati statistici e considerazioni sulla presenza del disagio mentale in carcere e sul collegamento con la recidiva dei reati sono stati forniti attraverso un link che riporta a dati, interessanti, di uno studio di coorte longitudinale su 1435

condannati in Inghilterra e Galles tra il 2005 ed il 2006, e di cui si allega sintesi (All.3).

Dallo studio si evince che l'abuso di sostanze e la salute mentale sono un problema maggiore nella popolazione detenuta britannica rispetto a quella generale e che l'uso di droghe appare correlato al comportamento criminale. In particolare il 52% degli arrestati aveva usato droghe nel mese precedente l'arresto e il 30% dichiarava dipendenza da eroina o crack-cocaina

Lo studio trova somiglianze tra detenuti maschi e femmine nei riguardi dell'abuso di sostanze e di bisogni di salute mentale, ma indica anche alcune importanti differenze di genere in termini di salute mentale e di tipi di droghe usate il mese precedente alla carcerazione. I patterns di consumo di alcool non differiscono sostanzialmente tra uomini e donne detenute.

L'uso di alcool tra i detenuti è associato con la ricondanna dopo il rilascio in libertà, sebbene in modo minore rispetto all'uso di droghe. Il fatto di essere un "binge drinker" (termine che potremmo tradurre come "forte bevitore") è un fattore associato alle nuove condanne per le donne (ma non per gli uomini).

La frequenza di uso illegale di droghe, molto maggiore rispetto alla popolazione generale e a precedenti studi, non differisce tra detenuti maschi e femmine., ma le donne usano più frequentemente droghe di Classe A (cocaina, crack, eroina etc) nelle 4 settimane precedenti l'arresto rispetto agli uomini e dichiarano che tale uso era collegato al crimine.

L'uso di droghe è risultato strettamente correlato alle ricondanne dopo il rilascio in libertà (senza differenza tra generi).

La quota di detenuti che dichiara di aver iniziato ad utilizzare eroina in carcere è diminuito rispetto al passato (19% vs. 30% del 1997) ma continua ad essere rilevante. Il 55% dei detenuti dichiara di aver utilizzato eroina in carcere, senza differenza tra maschi e femmine.

Le donne detenute dichiarano una peggiore salute mentale, soprattutto in relazione con autolesionismi, tentativi di suicidio, psicosi, ansia e depressione. Le donne sofferenti per ansia e depressione avevano un maggior rischio di essere ricondannate durante l'anno successivo all'uscita in libertà. Sia i maschi che le femmine depresse hanno un rischio maggiore di carcerazione.

I detenuti maschi con psicosi hanno un rischio maggiore di subire nuove condanne (non così le donne).

Lo sviluppo di politiche di genere diverse per affrontare i problemi mentali di donne e uomini detenuti potrebbe essere appropriato. In particolare politiche per diminuire l'autolesionismo nelle donne, i problemi di salute mentale associati con la reiterazione del reato, l'elevato uso di droghe di classe A nelle donne detenute.

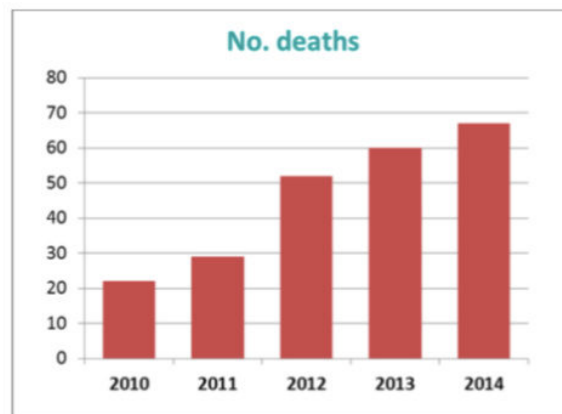
Queste evidenze non ci dicono se le politiche genere-specifiche e gli interventi sono più efficaci nell'affrontare l'abuso di sostanze e i bisogni di salute mentale dei detenuti, che rimane una questione importante per ricerche future, ci dicono, però, che l'abuso di sostanze e i bisogni di salute mentale sia dei detenuti maschi che femmine, sono maggiori rispetto a quelli della popolazione generale e che ci sono alcune differenze tra detenuti maschi e femmine in termini di abuso di sostanze e di problemi di salute mentale.

In sintesi, nonostante il sistema britannico appaia ben organizzato, con la cooperazione di diversi organismi nazionali ed enti supervisor, e preveda, tra l'altro, un *assessment* psichiatrico della persona subito dopo l'arresto, la patologia ed il disagio mentale nel Regno Unito appaiono un problema assai rilevante, spesso correlato all'abuso di sostanze e alla dipendenza. L'ambiente penitenziario al momento non appare aver trovato soluzioni efficaci per limitare in maniera determinante le problematiche di dipendenza dei pazienti detenuti che talora vengono addirittura iniziati, in una percentuale non trascurabile di casi, alle droghe durante la permanenza in carcere. I dati relativi alla crescita del numero di persone detenute negli ultimi anni (da 64,602 detenuti nel 2004 agli 85,509 del 2014 con un tasso di sovraffollamento al 110.7%) e alla crescita dei dati di mortalità generale e dovuti all'uso di nuove sostanze psicoattive (NPS) (vedi Fig.1. Source

WHO Conference BishKek, Kyrgyzstan , October 27-29th 2015) sono ulteriori fattori di allarme da non sottovalutare.

Deaths due to NPS (Office for National Statistics)

Year	No. deaths
2010	22
2011	29
2012	52
2013	60
2014	67
Total	230



Not including amphetamines, ecstasy and its variants (PMA/PMMA)

Fig. 1

In Inghilterra non si sono svolte visite di studio.

Catalogna

Il sistema penitenziario catalano dispone di un'organizzazione e di poteri derivati dal progetto di integrazione della sanità penitenziaria con il Ministero della Salute, e si occupa sia di detenuti maggiorenni che minorenni.

Tra i suoi servizi per la sanità penitenziaria, il Dipartimento di Giustizia della Generalitat di Catalogna (governo catalano) dispone di un programma sulla salute mentale indirizzato ai detenuti. Gli obiettivi sono:

- Identificare, valutare e monitorare i detenuti che entrano in carcere e che abbiano un tipo di disturbo o malattia mentale
- Fornire la continuità della terapia per pazienti specifici
- Valutare lo stato psicopatologico di ogni detenuto per decidere quali attività gli verranno assegnate.

Le risorse e i servizi disponibili in questo campo sono organizzati su tre livelli:

- 1) Centro per l'assistenza sanitaria e supporto psichiatrico di base
- 2) Centri detentivi con unità infermieristiche psichiatriche, o unità di cure ospedaliere specializzate per la salute mentale e le dipendenze (emergenza psichiatrica, terapia intensiva, ospedalizzazione a medio e lungo termine)
- 3) Centri per cure ospedaliere di casi più complessi, che offrono servizi di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, day hospital, unità residenziali e unità speciali per la transizione alla vita ordinaria.

In Catalogna è stato adottato il questionario concepito dai promotori italiani del progetto. I questionari diretti agli educatori sono stati indirizzati al team dell'area trattamentale, poiché più categorie condividono lo stesso progetto lavorativo (educatori, psicologi, assistenti sociali). Quindi i gruppi che hanno ricevuto i questionari sono stati complessivamente sette: direttori degli istituti, staff dell'area trattamentale, polizia penitenziaria, insegnanti, medici, infermieri e volontari.

La popolazione totale della Catalogna è di 7.518.903 abitanti (2014), e il più alto organo governativo della regione è la Generalitat de Catalunya, il governo politico e amministrativo, detentore del potere esecutivo.

Al 31 Dicembre 2015 la popolazione carceraria era di 9.294 detenuti. Attualmente la regione è sede di 15 istituti penitenziari, 10 chiusi e 5 aperti, e di due ospedali penitenziari.

La Raccomandazione R(2006)2, in vigore in Catalogna, include linee guida che regolano la cura del detenuto con disturbo o malattia mentale. Tra le più importanti raccomandazioni ricordiamo:

- Chi soffre di una patologia mentale la cui condizione rende incompatibile con il regime carcerario deve essere detenuto in una struttura specializzata
- Qualora egli sia eccezionalmente detenuto in carcere, la sua situazione e i suoi bisogni necessitano di un regolamento speciale
- Il servizio sanitario del carcere deve impegnarsi a garantire la continuità delle cure per i malati mentali
- Quando visita un detenuto, il medico/infermiere deve fare particolarmente attenzione ad identificare le pressioni psicologiche e lo stress derivante dalla privazione della libertà
- Dopo il rilascio in libertà, in accordo con i servizi per la comunità, al detenuto deve essere garantita la continuità terapeutica, previo suo consenso.

L'84.4% della popolazione carcerata soffre, o ha sofferto nel corso della sua vita, di qualche tipo di disturbo mentale, circa 5 volte maggiore rispetto alla percentuale della popolazione civile. Tra i disturbi, i più diffusi sono:

- Abuso di sostanze (76.2%)
- Disturbi dell'ansia (45.3%)
- Disturbi dell'umore (affettivi) (41%)
- Disturbi psicotici (10.7%)

La ricerca in Catalogna si è basata sull'estrazione e l'analisi dei dati raccolti dai questionari concepiti dagli sviluppatori italiani del progetto e che hanno coinvolto gli Istituti di Brians Uomini, Brians Donne, Youth Prison Centre.

La direzione penitenziaria ha distribuito i questionari, che una volta compilati sono stati rimandati al Direttorato Generale dei Servizi Penitenziari, il quale lo ha inoltrato al team di analisi statistica.

Punti di debolezza: Bassa partecipazione di 2 su 7 gruppi (guardie e volontari, sebbene i volontari non frequentino il carcere quotidianamente, vedono i detenuti solo in determinati contesti, non ci sono abbastanza risorse per comunicare con loro)

Punti di forza: Accesso diretto a tutti i partecipanti (volontari esclusi) e risultati molto affidabili e verosimili nella maggior parte dei gruppi.

Su 744 impiegati in tre centri penitenziari, ha partecipato un campione di 174 soggetti (23.4%). Su 376 volontari hanno partecipato 15.

I gruppi più numerosi (in proporzione) sono stati: direttori, medici, infermieri, insegnanti e area trattamentale. I medici sono il gruppo più anziano, il gruppo più giovane è l'area trattamentale (anche meno di 24 anni), mentre il 100% dei volontari ha più di 54 anni. La maggioranza dei partecipanti è composta da donne (più presenti tra medici, insegnanti, infermieri e area trattamentale).

Tra i partecipanti, il livello accademico è generalmente alto (il 45.2% è laureato), così come la motivazione, anche tra la polizia penitenziaria, nonostante non sia obbligatorio un grado universitario per il loro impiego (l'80% degli agenti di polizia penitenziaria è laureato).

Riguardo alla formazione continua, il gruppo che dà maggiore importanza alla propria esperienza quotidiana è quello degli infermieri.

Evidenze dal Gruppo direttori

I tre direttori degli istituti, due uomini e una donna, hanno un'esperienza tra i 6 e i 10 anni, e sono due psicologi e un assistente sociale.

Alla domanda "il Suo centro può assicurare cure adeguate ai detenuti che soffrono di problemi psicologici?", il 100% di loro ha risposto "sì, in cooperazione con il nostro personale sanitario e il sistema sanitario nazionale".

Alla domanda "qual è l'opzione che preferireste scegliere qualora vi si avvisi che un detenuto sta sviluppando un importante problema psicopatologico?", due su tre hanno scelto "contattare uno specialista psichiatra".

Evidenze dal Gruppo area trattamentale

Il 45% dell'area trattamentale è composto da educatori, il 40% da psicologi, il resto da assistenti sociali. Il 92% del gruppo si è espresso a favore della necessità di formazione sulla materia in esame.

Alla domanda "il carcere dove lavora assicura attenzione, cure e terapie adeguate ai detenuti con problemi psicologici?", il 33.3% ha risposto "è parte della mia responsabilità, sebbene non sia il mio compito diretto, ma il dovere di altri professionisti più esperti e competenti come i medici", e il 37% "è parte della mia responsabilità, sebbene non sia il mio compito diretto, ma il dovere di altri professionisti più esperti e competenti come psichiatri e psicologi clinici".

Alla domanda "potrebbe essere utile aggiornare le vostre conoscenze per identificare e gestire i detenuti che soffrono di problemi mentali?", il 91.1% ha risposto "sì, vorrei saperne di più".

Alla domanda "quali alternative dovrebbero essere incluse in un piano strategico per identificare l'insorgere di disturbi mentali?", la risposta più frequente è stata "un collegamento con un esperto in psicopatologia" (70.3%), seguita da "un'ora di

training a settimana per imparare a riconoscere i problemi psichiatrici correlati ad atti aggressivi o violenti" (48.6%), e "un protocollo da seguire" (37.8%).

Alla domanda "per chi nel vostro carcere questo tipo di formazione potrebbe essere utile", il 70.3 % ha risposto "psicologi" e il 48.6% "polizia penitenziaria".

Evidenze dal Gruppo polizia penitenziaria

Il 56.9% dei partecipanti lavora in un sistema di rotazione, il 29.2% fa parte del personale permanente, e il 13.9% ha selezionato la categoria "altro". Il 41.1% lavora in prigione da più di 10 anni, il 45.2% da 6 a 10 anni e il 13.7% da 1 a 5 anni. Quasi il 40% ha ricevuto una formazione sui problemi di salute mentale.

Alla domanda "che tipi di aiuto possono essere attivati in carcere?", la risposta più frequente è stata "unirsi a gruppi di auto-aiuto" (22.9%), seguita da "iniziare attività terapeutiche" (15.7%).

Alla domanda "vi accorgete di alcuni segnali dell'inizio dei problemi in un detenuto, prima che egli/ella compia atti di autolesionismo?", tutti hanno risposto affermativamente. Il 63.3% fa rapporto al proprio capo e il 33.3% al medico. Il 75% ha risposto affermativamente anche alla domanda "vi sentite parte di un network che ha come obbiettivo la riduzione dei danni/problemi?".

Riguardo al futuro del paziente con disturbi psicologici, il loro punto di vista è pessimista, poiché la maggioranza pensa che il problema probabilmente persisterà in chi viene sottoposto a terapia, e peggiorerà in chi non la riceve.

Alla domanda "quale situazione potrebbe facilitare o ostacolare il processo di riabilitazione?", il 60% ha individuato come aiuto "la terapia psicologica individuale o di gruppo", e come ostacolo l'80% ha individuato "non avere nulla da fare" seguito da "non seguire la terapia prescritta" (72%).

Evidenze dal Gruppo insegnanti

Il 19.4% degli insegnanti è laureato e l'84% fa parte del personale permanente. Il 29% ha lavorato in carcere da 1 a 5 anni, il 38.7% da 6 a 10 anni, il 32,2% più di 10 anni. Il 62% degli studenti è di sesso maschile, una classe media è composta da 38 studenti.

L'attitudine degli studenti verso gli insegnanti è per il 58% favorevole, e per il 25% molto favorevole. Gli insegnanti sottolineano che il 29% degli studenti non prestano abbastanza attenzione alle lezioni, sebbene il 61% affermi che è possibile cominciare le lezioni in classe entro i primi 10 minuti.

Alla domanda "cosa cambiereste del sistema educativo?", gli insegnanti hanno espresso il bisogno di supporto per i detenuti che necessitano di un maggiore aiuto, con iniziative come ad esempio l'inclusione di lezioni in francese (per detenuti maghrebini) e le attività all'aperto.

Il 71% degli insegnanti accetterebbe studenti con disturbi mentali in classe, il 12.9% ha aggiunto che dapprima essi dovrebbero seguire una terapia.

Evidenze dal Gruppo medici

Il 4% dei medici è composto da specialisti, i medici generici sono il 18%. Va precisato che le risposte sono state date differenziando le strategie di intervento scelte per i detenuti che recentemente hanno compiuto atti di autolesionismo o tentativi di suicidio, a seconda che essi siano sotto il controllo di un servizio locale di follow-up per la salute mentale, o che non siano affidati ad alcun servizio specializzato.

Il sistema psichiatrico catalano distingue tra un episodio di autolesionismo o un'azione che presuppone un reale intento suicida. Tuttavia, nei questionari non era evidenziata questa distinzione.

DETENUTI SOTTO CONTROLLO/SUPERVISIONE

Per questa ragione, solo il 9.1% dei medici ha scelto la risposta "proporre di mandare il detenuto a un dipartimento speciale per 24 ore in osservazione psichiatrica, in caso di tentato suicidio. Per quanto riguarda gli atti di autolesionismo, la risposta più frequente è stata "parlare direttamente al detenuto" (90.9%).

Alla domanda "quanto tempo passa dal gesto del detenuto all'inizio della procedura?", la risposta è stata al 100% "'meno di una settimana", sia per autolesionismo che per tentato suicidio, poiché la risposta più ovvia sarebbe "immediatamente".

Riguardo ai fattori più negativi che interessano l'intervento del medico, la maggioranza ha scelto la risposta "mancanza di personale adeguato".

DETENUTI SENZA CONTROLLO/SUPERVISIONE

Alla domanda "quali strategie di intervento vengono scelte per i detenuti che hanno tentato il suicidio o hanno compiuto atti di autolesionismo, quando non sono sotto il controllo del servizio di salute psichiatrica?", il 91% ha risposto "contattare lo psichiatra".

Anche in questo caso il fattore più negativo che riguarda l'intervento del medico è stato identificato nella mancanza di personale adeguatamente formato per la sanità in carcere.

Evidenze dal Gruppo infermieri

Il gruppo è composto da assistenti infermieri e infermieri professionisti. Il 18% lavora in carcere da meno di 10 anni, l'82% da oltre 10 anni.

Alla domanda "cosa può fortemente condizionare l'equilibrio psichico dei detenuti?", le risposte più frequenti sono state "abuso di droghe" (88.2%), "dolore acuto" (76.5%), and "mancanza di controllo degli impulsi" (76.5%).

Alla domanda "quali possibili tipi di supporto possono essere attivati in carcere?", l'82.4% ha risposto "una miglior valutazione dei bisogni sanitari individuali", e il 70.6% "la promozione di corsi tecnico-professionali per una migliore gestione dei disturbi mentali".

Alla domanda "quali potrebbero essere le terapie migliori?", il 56.3% ha risposto "trattamento psicoterapeutico", e il 18% "supporto della famiglia", mentre "terapia di rilassamento" non è stata la prima scelta di nessun partecipante.

Alla domanda "quali situazioni potrebbero favorire o ostacolare la riabilitazione dei detenuti con disordini mentali?", tra i fattori che favoriscono i principali sono "terapia psicoterapeutica individuale o di gruppo" (82,4%) e "incoraggiare i soggetti a prendere parte ad attività all'aria aperta" (52.9%). Tra quelli ostacolanti, "non avere nulla da fare", "eventi stressanti" e "non assumere la terapia prescritta" hanno ottenuto tutti l'88.2%, il 29.4% ha risposto "strutture detentive inadeguate".

I risultati dei questionari identificano come aspetti comuni la necessità sentita da molti di una formazione specifica sugli aspetti della patologia mentale in carcere, inoltre l'esigenza di lavorare multi-disciplinarmente e di avere maggiore accesso ad esperti, psicologi e/o psichiatri. Il personale è molto esperto, gli agenti di polizia penitenziaria hanno un livello molto alto di qualificazione e buona parte di loro ha ricevuto una formazione specifica in problemi di salute mentale. Gli stessi agenti sono spesso gli operatori che per primi segnalano l'insorgenza di una problematica psichica nei detenuti.

Tra i maggiori ostacoli negli interventi di recupero delle persone detenute con disagio/patologia mentale vengono individuati : a) il non avere nulla da fare e b) la mancata assunzione delle terapie prescritte.

Proposte di miglioramento

Da parte dei Catalani viene proposto un cambiamento della legislazione nazionale in materia, adattandola agli standard internazionali raccomandati, dando la priorità a una **formazione continua e multidisciplinare** per i professionisti che lavorano nelle carceri, con l'obiettivo di aiutare i detenuti ad affrontare i disturbi mentali mentre scontano la loro pena. E' essenziale che lo staff psichiatrico lavori in stretta coesione con le altre figure professionali, e che i corsi che verranno proposti abbiano lati sia teorici che pratici. La teoria dovrebbe trattare principalmente di concetti base sulla salute mentale, misure di sicurezza, disturbi mentali più diffusi nella popolazione carceraria, e la gestione della sfera emotiva dei professionisti che vengono a contatto con essi.

Secondo gli stessi è importante lavorare specialmente sulle seguenti aree:

- 1) Tutti i dati computerizzati registrati devono essere condivisi da tutto lo staff medico del sistema sanitario nazionale.
- 2) Aumentare le misure di sicurezza tra le unità psichiatriche penitenziarie, e tra queste unità e i centri esterni.
- 3) Creare un team di medici legali e specialisti psichiatri, per esaminare i casi più gravi, valutare prima del processo e consigliare i magistrati su quale centro detentivo sia più adatto, per fornire supporto e valutare i centri di salute mentale.
- 4) Implementare un network di servizi per pazienti psichiatrici esterni, distribuito su una o più sedi, a seconda dell'estensione del territorio. Investire sull'impiego di esperti e sulle terapie adeguate per diminuire il rischio di recidiva. La reclusione rappresenta un costo ingente per la società, e questa è un'ulteriore ragione per pianificare programmi per alcuni pazienti fuori dal carcere, trasferendoli in unità di bassa e media sicurezza.
- 5) Potenziare i tecnici esperti in giustizia criminale, che valutino i centri adeguati per i pazienti detenuti.
- 6) Aumentare le attività all'aria aperta, così come la possibilità delle visite dei familiari.

- 7) Migliorare l'expertise e la valutazione psichiatrica nelle procedure giudiziarie.
- 8) Implementare un programma speciale di attenzione e intervento rivolti ai pazienti intellettualmente disabili in carcere.
- 9) Migliorare il controllo e il follow-up dei soggetti sottoposti a misure di sicurezza, con incidenza nell'area della salute mentale.
- 10) Migliorare l'intervento multidisciplinare e la coordinazione tra tutti i professionisti coinvolti nel sistema penitenziario.

Infine, i detenuti colpevoli di crimini minori, con sentenze brevi, che possiedono un buon quadro clinico e sono psicologicamente equilibrati, con una famiglia che garantisce loro il supporto necessario, non dovrebbero occupare una cella in carcere, ma dovrebbe per loro essere resa disponibile la possibilità di scontare la propria pena in altre strutture alternative, centri con unità di sicurezza media e bassa. Il rischio di recidiva può essere diminuito anche grazie a queste misure.

VISITA DI STUDIO

La visita si è svolta dal 27 al 30 ottobre 2015 e ha interessato il carcere di Granollers – per Giovani adulti il Centro di Studi giuridici ed il carcere di Brians 1 con reparti per uomini, donne, ed annesso centro psichiatrico .

Il carcere di Granollers per giovani tra i 18 e i 23 anni ospita al momento 246 detenuti ed è strutturato in moduli residenziali con spazi dedicati alla vita in comune. Ha un Direttore che è uno psicologo e un'alta dotazione di personale qualificato che opera attraverso equipe multidisciplinari attive in ogni singolo modulo. Molto alta è la percentuale di stranieri (70%) con conseguenti problemi di comunicazione. Viene definita scarsa la presenza di detenuti affetti da patologie mentali (<10% di detenuti in trattamento).

Il sistema dei moduli viene descritto organizzato su di una progressività basata sostanzialmente sul merito, cioè sulla risposta del detenuto alle proposte trattamentali. Il Modulo 4 è per coloro che si adattano peggio. Il Modulo 1 è per i migliori. Il 2 ed il 3 sono intermedi. Nel Modulo 4 l'offerta comprende il minimo

stabilito dalla legge. Nel modulo 1 si può avere ogni tipo di beneficio consentito dalla legge. Vengono descritte situazioni di grave rischio all'interno del modulo 4, soprattutto nel passato (nel 2009 vi era 1 incendio al giorno) che dimostrano una volta di più che quando l'offerta trattamentale è minima o nulla aumentano gli episodi di rivolta all'interno degli istituti.

Il carcere di Brians 1 è invece costituito da un reparto uomini, uno per donne, ed un centro psichiatrico. Di costruzione piuttosto recente circa 25 anni fa, oggi ospita circa 1300 detenuti ed è strutturato come un "sistema". Vi si trova: il regime ordinario, il centro aperto, il regime chiuso (per max 28 detenuti), il centro psichiatrico dove si eseguono interventi per ragioni psichiatriche. La maggioranza dei detenuti è condannata, con un numero di detenuti non definitivi tra i 50 ed i 100.

L'area del trattamento interviene immediatamente al momento dell'ingresso: il detenuto è valutato dalla equipe multidisciplinare e si decide la sua assegnazione al reparto più adatto. Il trattamento offerto, molto vario, si basa sulle ragioni del reato.

Si attuano diversi tipi di programmi di trattamento: per delinquenti sessuali, per autori di reato di violenza di genere, di violenza in generale, per le dipendenze, per problemi psichiatrici sviluppati durante la detenzione, per l'autocontrollo, per la gestione degli impulsi...

Molto numerosa la presenza di personale qualificato: 30 psicologi, 30 educatori, 15 assistenti sociali, 18 istruttori di formazione professionale, 13 giuristi, più tutto il personale medico e psichiatrico. Molto diffusa l'offerta di lavoro (circa 700 detenuti su 1300 lavorano).

L'Unità Ospedaliera di Psichiatria Penitenziaria di Brians 1 è l'unico ospedale psichiatrico penitenziario esistente, e fornisce assistenza a tutti gli istituti penitenziari della Catalogna.

L'Unità è organizzata in una unità per "acuti", una unità per "subacuti" ed una unità di riabilitazione, per un totale di 62 posti letto.

La parte sanitaria è garantita dalla sanità pubblica, mentre la sicurezza è responsabilità della giustizia. Viene assicurato un servizio di emergenza psichiatrica 24/24 con una dotazione di personale di 7 psichiatri, 2 psicologi, 3 educatori, 2 assistenti sociali 2 istruttori e 70 infermieri ed assistenti socio-sanitari.

Interessante e fonte di riflessione quanto riferito su di un programma speciale sul ritardo mentale, in particolare quello definito "funzionale" cioè relativo a persone che non sanno scrivere, o al migrante che non conosce affatto la lingua e quanto riferito sulla consuetudine dei medici di firmarsi con un numero e non con il proprio nome, a tutela dell'incolumità del professionista, ma privando il paziente del diritto di conoscere il nome del proprio curante.

La cartella sanitaria è informatizzata e contiene anche i dati relativi all'assistenza sanitaria primaria. È condivisa con gli altri istituti penitenziari, ma non con tutti gli ospedali civili.

Durante la visita i workshop presso il centro di studi giuridici hanno permesso un ampio scambio di informazioni tra i risultati del progetto in Italia e le esperienze nei paesi partner rendendo possibile il confronto tra diversi modelli trattamentali sulla popolazione detenuta in genere e su quella affetta da disturbi e/o patologie mentali in generale.

Interessante infine l'intervento del dott. Barberan che ha ricordato come la legge penitenziaria Catalana sia stata la prima legge promulgata dopo la morte di Franco e la prima dopo la carta costituzionale del 1979. La legge penitenziaria Catalana, scritta da molti ex-detenuti del governo franchista è, a parere del dott. Barberan, molto più avanzata delle stesse regole penitenziarie europee, ed è molto orientata all'utilizzo del lavoro penitenziario nel trattamento del detenuto, diversificandosi così dall'impostazione spagnola che è maggiormente orientata ad un intervento securitario (di contrasto al terrorismo, ad esempio).

CROAZIA

La concezione del sistema penitenziario come espressione della pena detentiva tradizionale è stata da lungo tempo superata in favore di una moderna visione del carcere come struttura riabilitativa. La sentenza viene ora percepita come privazione della libertà, lasciando intatti però gli altri diritti garantiti dai trattati internazionali e dalla legge nazionale, che viene costantemente armonizzata con gli standard internazionali.

La Croazia ha ottenuto l'indipendenza formale nel 1991 ed è una democrazia parlamentare/presidenziale. Il sistema legale è stato quasi completamente armonizzato con la regolamentazione europea. La Costituzione Croata prevede un sistema giudiziario indipendente, retto da una Corte Suprema e una Corte Costituzionale.

I tribunali che si occupano di crimini sono:

- Corte Suprema della Repubblica Croata
- Tribunali di Contea (per sentenze oltre i 5 anni)
- Tribunali Municipali (per sentenze fino ai 5 anni)

I tribunali specializzati, che trattano di reati minori, sono:

- Alto Tribunale Commerciale della Repubblica Croata
- Tribunali commerciali
- Alto Tribunale per le Infrazioni della Repubblica Croata
- Tribunali delle infrazioni
- Alta Corte Amministrativa
- Tribunali amministrativi

In Croazia la pena di morte non è prevista, e l'Atto per le Procedure sui Crimini regola le restrizioni provvisorie e la detenzione.

L'obiettivo della Croazia è di utilizzare la detenzione come uno strumento per migliorare le possibilità del reo di condurre una vita senza reati, e non come una forma di punizione, come dimostra il tasso incredibilmente basso di recidiva.

Il sistema penitenziario croato fa parte del Ministero della Giustizia. Esistono due tipi di strutture detentive, le carceri, istituite per l'esecuzione di sentenze superiori ai sei mesi, e gli istituti di custodia cautelare, per le sentenze minori di sei mesi e per i reati minori.

Le carceri sono categorizzate per livello di sicurezza e libertà di movimento al loro interno e si dividono in regime di massima sicurezza, media sicurezza e minima sicurezza. L'Ospedale penitenziario di Zagabria è un istituto di massima sicurezza, così come gli istituti di custodia cautelare.

La Croazia ha 23 istituti penali, di cui 14 carceri distrettuali, per detenuti in attesa di giudizio e detenuti con sentenza breve. La loro capienza va da 37 (Dubrovnik) a 400 individui (Zagabria). Le carceri statali in cui i detenuti scontano sentenze superiori a sei mesi sono 6, quello di Lepoglava è il più grande con una capienza di 900 detenuti, mentre il carcere femminile di Pozega può contenere meno di 50 detenute.

All'ingresso di un detenuto, le prime due settimane vengono impiegate per individuare l'ambiente appropriato per il nuovo arrivato. Le condizioni sanitarie, il cibo e i servizi medici sono considerati adeguati, non sono imposti limiti alla corrispondenza scritta, inoltre i detenuti hanno diritto a quattro visite al mese, oltre che ad andare in permesso una volta all'anno fuori dall'istituto. In alcune carceri ai detenuti è permesso lavorare in fabbrica accanto ai cittadini liberi, e a Lepoglava gestiscono un ristorante fuori dalle mura carcerarie. Ai rei è permesso guardare la televisione e vengono fornite le opportunità per prepararsi alla vita all'esterno della prigione. I gruppi e le organizzazioni per i diritti umani hanno il permesso sia di visitare la prigione che i detenuti, e le denunce per abusi sono molto rare.

Recentemente sono ospitate 4352 persone detenute in 23 istituti penali. Nel corso del 2013 15.766 detenuti con vari status sono passati attraverso il sistema detentivo croato, di cui il 94.98% erano uomini e il 5.02% donne. Il personale carcerario al 31 dicembre 2013 contava 2.686 impiegati.

Condizioni di vita nelle prigioni croate

Il più grande ostacolo alla modernizzazione dei penitenziari è la mancanza di risorse economiche. Il sistema penitenziario è attualmente caratterizzato da sovrappopolamento e mancanza di coerenza con gli standard stabiliti.

I reclami dei detenuti sono principalmente legati a condizioni di alloggio, sanità, condotta degli agenti, procedimenti disciplinari e violazione di diritti umani, nonostante siano stati verificati solo quelli relativi alle condizioni di alloggio. Ogni detenuto che illegalmente viene privato di un diritto o esposto a qualsiasi forma di tortura, abuso o umiliazione, ha diritto ad essere risarcito. Nel 2012, sono stati portati avanti dai detenuti 343 ricorsi per risarcimento danni.

Il 55.8% dei detenuti ha concluso l'educazione secondaria, mentre l'8.9% non ha completato la scuola primaria. In media le donne hanno ricevuto una maggiore formazione rispetto agli uomini (il 62% delle donne ha completato l'educazione secondaria a fronte del 45.2% degli uomini, il 13.8% delle donne è laureato a fronte del 4.1% degli uomini). La maggioranza dei detenuti ha un'età compresa tra i 27 e i 39 anni (41.11%).

Per ciò che riguarda la salute per i detenuti i dati appaiono ancora piuttosto sconcertanti. Ad esempio il counselling per le epatiti virali e l'HIV viene effettuato solo nell'ospedale penitenziario di Zagabria. Nel corso del 2012 soltanto 8 pazienti affetti da HCV cronica sono stati curati con la terapia con interferone e dal 2009 al 2011 soltanto 6 pazienti hanno ricevuto una cura nell'ospedale penitenziario, mentre l'approvazione della terapia con interferone è datata 2012. (il farmaco viene utilizzato in Italia dagli anni 90).

Il programma individuale per ogni detenuto include: 1) valutazione del rischio durante l'applicazione della pena detentiva; 2) valutazione delle abilità e abitudini lavorative, del tipo di lavoro e le strutture lavorative adatte al detenuto; 3) livello di educazione e necessità di formazione; 4) condizioni di salute e necessità di cure; 5) partecipazione a programmi speciali (Dipendenza da alcol e droghe, pazienti che soffrono di PTSD etc.) secondo decisione del tribunale o di un team di esperti; 6) la valutazione della necessità di specifica assistenza psicologica, psichiatrica, sociale o legale; 7) proposte di lavoro individuale o di gruppo; 8) attività di svago (culturali e sportive); 9) contatti con il mondo esterno (corrispondenza, telefono, visite); 10) preparazione al rilascio e supporto nel periodo di post-detenzione.

Nel 2012, 70 detenuti sono stati trasferiti nell'ospedale penitenziario di Zagabria prima di essere inseriti in una struttura per la salute psichiatrica. A volte i detenuti con problemi mentali rimangono per mesi nei penitenziari nell'attesa di un inserimento (volontario o meno) in tali strutture. Tale mancanza rappresenta una violazione della legge e dei diritti umani fondamentali di queste persone.

I detenuti con dipendenza da droghe sono uno dei più grandi ed esigenti gruppi di reclusi. La dipendenza è direttamente correlata alla commissione di crimini, il tasso dei tossicodipendenti è quasi costante nella popolazione carceraria, il tasso di recidiva è generalmente più alto che negli altri detenuti, e i dipendenti da droghe sono più propensi a comportamenti rischiosi (autolesionismo, tentativi di suicidio, conflitti con altri etc.) e a contrarre problemi di salute (epatiti, HIV e in generale un cattivo stato di salute). Nel 2012 il 21.53% dei detenuti soffriva di dipendenza da droghe.

Nel 2007 la buprenorfina è stata introdotta per la disintossicazione dei dipendenti da oppiacei. Durante il 2012, 573 persone hanno ricevuto un trattamento di disintossicazione, nel 39.8% dei casi si è applicato il metadone e nel 60.2% la buprenorfina. 1625 (21.53%) detenuti sono stati inclusi nel programma speciale di cura delle dipendenze nel corso del 2012.

Nel corso dello stesso anno, 1123 detenuti erano dipendenti da alcol. A differenza dei tossicodipendenti, i dipendenti da alcol sono in generale rei di diversi crimini, come omicidio, omicidio aggravato o colposo (16.9% dei casi), furto e furto aggravato (16.1%), violenza domestica, abuso e maltrattamento di minori (11.72%), rapina (8.28%). Nel dicembre 2012, 404 detenuti (il 10.98% della popolazione detenuta) sono stati inclusi in un programma speciale per la cura di tale dipendenza.

Nel 2012, 157 detenuti (inclusi i minori) hanno continuato a frequentare una serie di programmi educativi in cui erano coinvolti già l'anno precedente. I detenuti inoltre hanno le seguenti occupazioni: il 28.34% lavora nei laboratori del carcere, il 67.35% si occupa di supporto tecnico, fisico e intellettuale, il 4.31% lavora fuori dal carcere. In totale il 37.03% dei detenuti risulta impiegato.

I gruppi di terapia si dividono in relazione alla diagnosi primaria, tra essi troviamo i gruppi di persone che soffrono di PTSD (Posttraumatic Stress Disorder – ndt), persone con psicosi e personalità borderline, dipendenti da droghe o comorbidità con altri problemi mentali, etc.. Nel 2012, 103 persone con terapia psichiatrica obbligatoria sono state incluse in questi gruppi.

RISULTATI DELLA RICERCA IN CROAZIA

Lo studio ha coinvolto la ricerca in 5 tra carceri e istituti penitenziari, situati a Spalato, Sibenik, Zadar, Zagabria e Glina, ed è stato condotto su sette campioni differenti divisi per categoria: educatori, personale sanitario, direttori dell'istituto, personale infermieristico, personale di polizia penitenziaria, insegnanti e volontari/visitatori.

La ricerca ha visto l'applicazione dello stesso strumento (questionario) utilizzato in Italia ed in Catalogna.

Evidenze dal Gruppo di Educatori- Psicologi ed assistenti sociali

Il 37,5% dei partecipanti pensa che l'istituto dove lavorano non è in grado di assicurare le cure adeguate ai detenuti che ne hanno bisogno, e che questo obiettivo potrebbe essere raggiunto in cooperazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Tutti concordano sul fatto che sarebbe utile ricevere aggiornamenti sulla prima identificazione e la gestione dei pazienti con problemi psichici. Questo tipo di formazione continua sarebbe particolarmente utile per psicologi a contratto, manager della sanità e personale di polizia penitenziaria. Gli educatori credono che i più utili strumenti per la prima identificazione delle patologie mentali siano "un contatto con un professionista esperto in psicopatologia" (61,5%) e un "protocollo informativo" (46,2%).

Evidenze dal Personale sanitario

Il campione in considerazione è costituito solo da 3 donne, di cui un medico, una psicologa e una terza che non ha dichiarato la sua professione. Due partecipanti sono di età compresa tra i 35 e i 44 anni e una tra i 45 e i 54.

In caso di un detenuto/paziente affetto da patologia mentale, tra le opzioni per prevenire atti di autolesionismo o tentativo di suicidio, tutte e tre hanno scelto un alto livello di sorveglianza come prima risposta, seguita dal trasferimento del detenuto in un ospedale psichiatrico giudiziario (2/3) e il dialogo diretto con il detenuto (2/3). Tutte le partecipanti dichiarano che dal momento dell'atto del paziente al momento dell'intervento diretto o dell'inizio della procedura riabilitativa trascorre meno di una settimana.

Evidenze dai Direttori/manager

Il campione è di 8 partecipanti, di cui 4 uomini e 4 donne, di cui la maggior parte impiegati da più anni nella loro posizione attuale.

Il 77,5% dei partecipanti ritiene che l'istituto da loro gestito possa garantire cure e terapie adeguate ai detenuti con problemi mentali, in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale, e l'11,1% afferma che tali garanzie possono essere soddisfatte interamente dall'istituto stesso. Un altro 11,1% crede invece che l'istituto che gestisce non riesca ad assicurare cure adeguate ai detenuti che ne abbiano bisogno.

Tutti gli intervistati concordano che, in caso un detenuto stia sviluppando problemi mentali, la scelta migliore sia contattare il servizio di psichiatria specializzato. Inoltre la maggior parte ritiene d'aiuto ricevere aggiornamenti sulla prima identificazione e gestione dei detenuti che soffrono di gravi patologie mentali, sebbene l'11,1% non abbia tempo da dedicarvi.

I direttori o manager degli istituti penitenziari pensano che la formazione e l'aggiornamento continuo sulle tematiche esaminate sia particolarmente utile per educatori e psicologi (62,5%), ed anche per direttori sanitari e polizia penitenziaria (50%). Gli strumenti che ritengono più adatti all'identificazione di patologie mentali sono "un contatto diretto con un professionista specializzato in psicopatologia" (61,5%), "un protocollo informativo" e "una mezza giornata di training per apprendere cosa fare nella gestione condivisa dei detenuti con problemi mentali" (46,2%).

Evidenze dal Personale infermieristico

Il campione è stato di soli 8 partecipanti (di cui un uomo e 7 donne) a cui è stato consegnato un questionario contenente 28 domande. La maggioranza degli intervistati (62,5%) è di età compresa tra i 45 e i 54 anni, l'87,5% di tutti gli infermieri occupa da più anni la propria posizione lavorativa.

Anche in questa categoria emerge che il 100% dei partecipanti ritiene come una fonte d'aiuto importante nel trattamento dei problemi di salute mentale in carcere sia costituita dalla formazione e da specifici training tecnico-professionali continui.

Riguardo a ciò che può fortemente incidere sull'equilibrio psichico del detenuto, il 75% sostiene sia l'uso esagerato di farmaci psichiatrici, il 50% la condizione di vittima di molestie sessuali, di discriminazione o l'insonnia, il 37,5% ritiene che lo stesso effetto possa essere causato da mancanza di controllo degli impulsi, aspettative troppo elevate, bassa autostima e isolamento sociale. In generale il personale infermieristico afferma che le cause maggiori di gravi problemi e disagio siano "essere vittima di molestie sessuali" e "mancanza di controllo degli impulsi".

Evidenze dal Personale di polizia penitenziaria

A un campione di 60 intervistati (di cui 53 uomini e 7 donne) è stato consegnato un questionario contenente 21 domande. Il 73,8% dei partecipanti occupa da più anni la propria posizione lavorativa. Il 37,7% è di età compresa tra i 35 e i 44 anni, il 30,2% tra i 45 e i 55, il 28,3% tra i 25 e i 34 e il 3,8% ha meno di 24 anni.

Alla domanda sulle risorse che maggiormente aiutano chi soffre di problemi mentali, il 98,2% ha risposto "consultare uno psichiatra", il 91,2% "partecipare a un gruppo di auto-aiuto", l'89,5% "parlare con un membro della famiglia" e l'87,7% "consultare uno psicologo". L'89,9% ritiene che i maggiori ostacoli alla riabilitazione di un detenuto affetto da problemi psichiatrici siano "eventi che causano stress", "il rifiuto di assumere i farmaci prescritti" e "non avere nulla da fare".

La maggioranza dei partecipanti sostiene che la depressione possa essere la maggior causa di sofferenza per il detenuto, mentre come seconda causa ha identificato i problemi nelle relazioni con i familiari. Per quanto riguarda le cause di gravi problemi, ansie e malessere nei detenuti, il 96,2% ha indicato l'uso scorretto di droghe o farmaci, il 92,5% l'ambiente familiare problematico in cui si è cresciuti, l'84,9% i problemi di relazione con partner o famiglia, l'81,1% una personalità vulnerabile, il 79,2% l'essere vittima di molestie sessuali.

Evidenze dai Volontari/visitatori

Il piccolo gruppo dei partecipanti (5 uomini e una donna con breve esperienza in carcere: meno di un anno) segnala come problema importante “la paura di essere aggrediti” , che può seriamente compromettere l’equilibrio psichico dei detenuti.

CONCLUSIONI DALLA RICERCA IN CROAZIA

Quasi 9/10 degli infermieri e della polizia penitenziaria ritengono che il ***non avere nulla da fare*** sia il maggiore ostacolo alla riabilitazione di un detenuto con problemi psichiatrici, opinione condivisa anche dai 2/3 dei volontari. Più di 1/3 degli infermieri pensa che “essere incoraggiati a partecipare ad attività comuni/stare all’aria aperta” potrebbe essere un ostacolo alla riabilitazione, idea in minima parte condivisa dalla polizia penitenziaria (1,7%) e per nulla dai volontari/visitatori.

Tutti i volontari, 9/10 della polizia penitenziaria e 2/3 degli infermieri concordano su un altro ostacolo alla riabilitazione , ovvero il ***rifiuto di assumere i farmaci prescritti***. Circa tre quarti della polizia penitenziaria identificano un limite anche ***nell’inadeguatezza della struttura penitenziaria***.

Altri ostacoli nella riabilitazione del paziente sono stati individuati in:

- Terapie individuali o di gruppo (37,5% infermieri, 16,7% volontari/visitatori, 5% polizia penitenziaria)
- Eventi che provocano stress.

Altre differenze di opinione si riscontrano riguardo alle alternative da adottare quando un detenuto sta sviluppando una grave situazione psico-patologica.

I direttori d’istituto sono più inclini a scegliere di parlare con il paziente, a contattare la sua famiglia, a contattare lo specialista psichiatra competente in materia e segnalare il caso al servizio sanitario. D’altra parte, gli educatori sono più propensi a contattare il personale di sicurezza piuttosto che il direttore. I punti di vista delle due categorie differiscono anche per quanto riguarda la scelta migliore

per la prima identificazione di una patologia mentale in un detenuto: la maggioranza dei direttori ha indicato "un collegamento con un professionista esperto in psicopatologia", mentre gran parte degli educatori ha scelto "un protocollo informativo".

VISITA DI STUDIO e WORKSHOP

La visita si è svolta dal 29 febbraio al 3 marzo 2016 ed ha incluso l'Ospedale Penitenziario di Zagabria il carcere di Zagabria e il carcere di Lepoglava. Il workshop si è svolto presso la Scuola di Formazione dell'Amministrazione Penitenziaria della Croazia sempre a Zagabria.

Ospedale Penitenziario: Il personale medico della struttura è dipendente dal Ministero della Giustizia e non dalla Sanità. Il tipo di popolazione presente in questo ospedale è costituito sia da detenuti che vengono inviati qui da altri istituti per curarsi per alcuni tipi di patologie, sia da detenuti che sono inviati direttamente dal giudice a causa di una patologia psichiatrica importante.

Dal 1962 si è cominciato a curare detenuti affetti da PTSD in seguito ai traumi della II Guerra Mondiale. Attualmente ospita 126 pazienti (35 con patologia psichiatrica) in reparti di psichiatria forense (accoglie i detenuti inviati dal giudice per curare una patologia psichiatrica riscontrata con perizia apposita), psichiatria, medicina interna, chirurgia, pneumologia.

In Croazia esistono ancora gli ospedali psichiatrici civili e la tossicodipendenza è seguita dalla psichiatria considerata una patologia psichiatrica) anche tramite gruppi con la partecipazione di psicologi e di educatori professionali.

Nell'ospedale si fa ancora uso di mezzi di contenzione (detenuti con catena in attesa di colloqui su una panchina...). Quanto alla cartella clinica, non è informatizzata, ma è composta di documenti conservati anche in file in formato elettronico ed è molto ordinata.

I detenuti possono ricevere visite ogni 2 settimane. La durata di esse dipende anche dallo stato d'animo del paziente e viene decisa dal Direttore medico con l'équipe.

Carcere di Zagabria

La popolazione penitenziaria del carcere di Zagabria è costituita da circa 650 detenuti. Vi sono anche 20 donne in un'apposita sezione femminile e 2-3 minorenni. In ogni sezione vi sono da 50 a 100 detenuti.

Lo spazio a disposizione è molto limitato e pari a 4 mq a persona. I detenuti mangiano in cella il cibo cucinato dalla cucina centrale. Non possono cucinare, ma i condannati hanno un bollitore elettrico per bevande calde e possono usufruire di un sopravvitto per un limite giornaliero di 150 Kune croate (circa 20 Euro).

Il servizio sanitario appare piuttosto carente, Ad esempio nella sezione femminile non c'è lo specialista ginecologo. Il colloquio con lo psicologo non è obbligatorio.

Vi lavorano 3 medici di base, 1 solo psichiatra e 2 dentisti. Gli infermieri sono 15, che lavorano tra le 7 del mattino e le 21. (rimane scoperto quindi il servizio notturno) e sono tutti dipendenti del Ministero della Giustizia. Lo psichiatra lavora con un contratto part-time e temporaneo (30-40 ore al mese) quindi in media 1-1,5 ore al giorno per 650 detenuti. Lo psichiatra incontrato lamenta un carico enorme di lavoro, che non consente altro che la prescrizione di farmaci, tanto che si sta pensando ad affidare la prescrizione ad una commissione esterna(!), per sollevare lo specialista dalla pressione operata dal detenuto per farsi prescrivere psicofarmaci. Vi sono 10-15 psicotici, 300 disturbi di personalità, 300 disturbi dell'adattamento oltre a 150 detenuti con dipendenze varie. Il 55-60 % dei pazienti assume psicofarmaci.

100 detenuti su 650 sono ammessi al lavoro, di tipo interno (domestico) ma anche all'esterno. Il salario è molto basso, 50 centesimi all'ora, di cui $\frac{1}{4}$ resta al detenuto, mentre i rimanenti $\frac{3}{4}$ vanno al carcere.

Nel carcere, ed in generale negli istituti della Croazia esistono misure di trattamento obbligatorio per tossicodipendenza, alcol dipendenza, trattamento obbligatorio psicosociale e trattamento obbligatorio psichiatrico.

Carcere di Lepoglava

Il carcere di Lepoglava fu fondato nel 1854, in un antico monastero. Fu successivamente ampliato, ed in questo istituto in passato furono detenuti i Presidenti Tito e Tudjman.

Dal 1954 sono stati avviati progetti di trattamento riabilitativo per i detenuti basati soprattutto sul lavoro.

Il sistema prevede la sistemazione in cella da soli, poi in gruppo, poi l'accesso alla sezione della semilibertà. Al momento il carcere ospita circa 500 detenuti. La durata media della pena è di 15 anni. Sono presenti 15 con pena di 40 anni (massima condanna in Croazia).

Il sovraffollamento, che era a livelli del 150% in passato, oggi sembra non essere più un problema.

Quasi tutti i detenuti, negli anni passati, hanno presentato denuncia alla Corte Europea dei Diritti Umani per la mancanza di adeguato spazio detentivo.

Lavora il 90% dei detenuti che chiedono di lavorare e che sono in grado di farlo. Il carcere inoltre ospita molti corsi ed attività lavorative: scuola superiore, corsi di lingue, informatica, nel settore alberghiero di aiuto cuoco ed aiuto cameriere; operatore PC; agricoltura biologica; frutticoltura; apicoltura ecc.

Il denaro ricavato dalle proprie attività lavorative e produttive (1.500.000 Euro nel 2015) rimane all'interno dell'istituto e viene reinvestito per miglioramenti della produzione della struttura in generale. I detenuti guadagnano circa 100 € al mese, di cui rimane loro il 25%.

Il largo accesso al lavoro ha fatto sì che il numero di eventi critici sia notevolmente diminuito rispetto al numero di detenuti presenti. L'ultimo suicidio è avvenuto 11 anni fa.

È previsto un sistema graduale per cui i detenuti vengono assegnati via via a regimi meno chiusi.

Nell'istituto viene garantita la libertà di culto ed ogni culto ha il suo spazio dedicato.

Anche in questo carcere il servizio sanitario risulta particolarmente carente: c'è un medico di base ed un dentista, più 2 medici che vengono dall'esterno. Di notte non c'è servizio medico e se accade un problema medico di notte si chiamano i soccorsi dall'esterno. La ricetta per i farmaci è prescritta dal medico di famiglia del detenuto, il medico penitenziario solitamente non fa prescrizioni se non in urgenza. Il servizio psichiatrico è praticamente inesistente, la presa in carico psichiatrica è di tipo esclusivamente farmacologico ed il trattamento psichiatrico è fornito all'esterno, nell'ospedale penitenziario di Zagabria.

Circa 200 detenuti al mese sono portati in visita all'esterno.

Molti detenuti seguono i programmi speciali ordinati dal giudice. Dal 2007 ci sono detenuti che devono seguire il trattamento psichiatrico obbligatorio, ed al momento il carcere ne ospita 6. Il problema principale che si riscontra nella gestione di questa categoria di detenuti è la carenza del servizio psichiatrico che non è costantemente presente. Per diminuire l'impatto di questa carenza il trattamento dei detenuti psichiatrici rientra nel corso di formazione ordinario della polizia penitenziaria.

Il workshop presso la Scuola di Formazione dell'Amministrazione Penitenziaria della Croazia ha permesso di condividere le esperienze della ricerca in Croazia con quella negli altri Paesi partner e di evidenziare e commentare le differenze ed i tratti in comune dei diversi sistemi penitenziari.

CONCLUSIONI FINALI

Come sintesi finale l'esperienza transnazionale di MEDICS ha evidenziato come esistano alcuni aspetti condivisi in tutti gli stati partner di progetto quali, l'elevata presenza di soggetti con disagio o patologia mentale, il fenomeno delle dipendenze (da farmaci, alcool e droghe) e come queste siano legate alla criminalità ed alla recidiva del reato, gli autolesionismi e come questi necessitino per la maggior parte degli operatori partecipanti di un approccio comune in termini di maggiore ricorso

alla formazione specifica, al lavoro multidisciplinare, al contatto continuo con gli esperti in psicopatologia.

Aspetti legati all'ambiente ed alla possibilità di riempire il tempo di detenzione sono emerse come strettamente correlate al disagio ed alla patologia psichica, ad esempio il "non avere nulla da fare" è inteso nella maggioranza degli operatori come fattore ostativo al recupero del detenuto, così come la mancata compliance terapeutica e talora l'inadeguatezza della struttura. La paura di subire violenza ed in particolare violenza sessuale è un altro dei fattori che emerge dal personale (in particolare dai volontari e dal personale infermieristico), ed altrettanto importante è la quota dei cittadini stranieri con difficoltà comunicative con attualmente non vengono efficacemente affrontate (necessità di mediatori).

Nel modo con cui i paesi partner cercano di affrontare il problema si evidenziano sensibili differenze. In UK esiste un sistema di "assessment" al momento dell'arresto e quindi la persona con evidenti problemi mentali viene intercettata (o meglio si tenta di intercettarla) prima dell'ingresso in carcere; anche se si osserva una quota notevole di problematiche in particolare da dipendenza, strettamente collegate all'emergenza di disagio e psichico e da patologie psichiatriche (in particolare Ansia Depressione e Psicosi); in Catalogna viene impiegato (almeno nelle carceri visitate) numeroso personale sanitario specializzato, si utilizzano diversi tipi di programmi di trattamento specifici o per Moduli, e si fa ricorso praticamente con costanza ad equipe multidisciplinari di trattamento. Il lavoro è considerato pietra fondamentale del trattamento del detenuto in particolare in Catalogna ed in Croazia, e l'utilizzo spinto di esso ha fornito ove applicato ottimi risultati in termine di riduzione de gli atti anticonservativi e/o aggressivi.

La Croazia ancora sconta una arretratezza in termine di approccio sanitario al problema della salute mentale (ma non solo) con scarse risorse umane dedicate a cui si cerca di porre riparo con una migliore formazione specifica del personale di Polizia Penitenziaria. Si evidenziano recenti cambiamenti migliorativi ma molto resta da fare.

Si auspica che quanto sopra descritto in termini di collaborazione transnazionale possa, magari durante un'apposita *Consensus Conference* condurre alla stesura di un documento congiunto (*Final Transnational Joint Report*) sulla presa in carico ed il trattamento dei detenuti con disagio mentale da sottoporre al Parlamento Europeo, per la stesura di eventuali Raccomandazioni in materia.

IL RESPONSABILE DELLA RICERCA TRANSNAZIONALE

Dott. Roberto Monarca

All.1 Nota del traduttore

Per rimanere fedele alla versione inglese, il traduttore ha lasciato inalterati alcuni termini, che comprendono i nomi degli enti e delle organizzazioni menzionate, e alcune parole inglesi, utilizzate regolarmente anche in italiano (es. Partnership, management, stakeholder etc.)

Con il termine "**Co-commission**", tradotto in italiano come "Commissione Cooperativa" o "Co-commissione", si intende il caso in cui due o più organizzazioni che commissionano dei servizi allineano i loro sistemi e priorità con l'obiettivo di raggiungere dei risultati condivisi, pur mantenendo separate le rispettive responsabilità e risorse in base all'area di competenza.

Per servizio **Through the Gate** si intendono le operazioni di trasferimento di un detenuto da un luogo di detenzione all'altro, da esso a un reparto di medicina interna, oppure il rilascio in libertà, con l'impegno di garantire la continuità terapeutica nei suoi spostamenti.

Infine, l'**Home Office** è il Dipartimento che in Inghilterra si occupa di immigrazione, passaporti, politica delle droghe, crimine e anti-terrorismo.

Sigle

NOMS = National Offender Management Service

NHS = National Health System

PHE = Public Health England

HMPS = Her Majesty's Prison Service

HMIP = Her Majesty's Inspectorate of Prison

PCTs = Primary Care Trusts

CQC = Care Quality Commission

CRC = Community Rehabilitation Companies

All.1

Accordo di Collaborazione Nazionale tra:

National Offender Management Service, NHS England e Public Health England per la fornitura di Servizi Sanitari nelle Prigioni in Inghilterra

2013

L'accordo definisce l'intento strategico e l'impegno condivisi da NOMS (National Offender Management Service - Servizio Nazionale di Gestione dei Detenuti) e NHS (National Health System - Sistema Sanitario Nazionale) di lavorare insieme con l'obiettivo di "co-commissionare" e fornire servizi di sanità penitenziaria in Inghilterra, con il supporto di PHE. L'intento collettivo è di assicurare cure efficaci, migliorando i risultati riguardanti la salute dei detenuti, riducendo le disuguaglianze e il rischio di recidiva, proteggendo la popolazione.

1. Contesto e obiettivo condiviso

Salute e crimine

Paragonato alla popolazione generale, chi compie atti delittuosi è più propenso a fumare, abusare di droghe e/o alcol, soffrire di problemi mentali, essere disabile, autolesionista, tentare il suicidio, morire prematuramente.

I legami tra i fattori determinanti della salute e quelli che condizionano il rischio di recidiva, come trovare un alloggio sostenibile e un impiego lavorativo, o ricevere un'educazione, creano un potenziale circolo vizioso per i detenuti rilasciati in libertà. La ricerca evidenzia che tali soggetti più difficilmente hanno accesso al supporto sociale di cui necessitano rispetto alla popolazione generale. L'aumento delle disuguaglianze nell'area della salute è perciò aggravato, nel caso dei detenuti, dalle barriere poste all'accesso dei bisogni fondamentali.

Una storia di collaborazione

Un accordo formale di Collaborazione Nazionale per il Servizio di Sanità Penitenziaria nelle prigioni pubbliche esiste già dal 2003. Stipulato tra l'Home Office e il Dipartimento della Salute, è stato sviluppato in coincidenza con la decisione ministeriale di trasferire la responsabilità per la politica e i fondi per la salute in carcere dal HM Prison Service al Dipartimento della Salute.

Dal 2007 è iniziato un processo di passaggi di responsabilità per quanto concerne la sanità penitenziaria, dal Dipartimento della Salute ai Trust di Cure Primarie (PCTs) di NHS e dallo stesso Dipartimento a NOMS, e sono stati introdotti alcuni nuovi servizi come il Sistema Integrato di Terapia Farmacologica (IDTS).

Dal 2010 il Governo di Coalizione ha proposto riforme significative, che richiedono un nuovo approccio e impegno al lavoro di squadra tra NOMS, NHS e PHE.

Il nuovo contesto per Salute e Giustizia

Nel 2012, l'Health and Social Care Act ha introdotto una ristrutturazione dei servizi per la salute in Inghilterra, creando un consiglio indipendente di NHS responsabile per la commissione di servizi e strutture per i reclusi nelle prigioni e in altri luoghi di detenzione. A seguito di tale atto, la responsabilità per la salute in carcere è stata effettivamente trasferita per intero a NHS.

La stessa riforma ha abolito la National Treatment Agency e la Health Protection Agency, le quali avevano un ruolo chiave nei servizi per la salute forniti ai detenuti, creando al loro posto Public Health England, che si è presa carico di portare avanti tali compiti attraverso l'Health and Justice Team (Team di Salute e Giustizia).

Il nuovo Accordo di Partnership

L'accordo tra NOMS, NHS England e PHE riflette un rinnovato desiderio di sviluppare una comprensione condivisa di come NOMS e NHS England possano lavorare insieme, per co-commissionare e fornire dei servizi di sanità che possano cambiare e salvare vite, con il supporto di PHE. L'accordo non è legalmente vincolante, il suo scopo è di evidenziare le intenzioni delle varie parti a cooperare nel commissionare i servizi richiesti.

Ruoli

Ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario e migliorare la salute e il benessere dei detenuti sono gli scopi condivisi da NHS England, NOMS e PHE. Ciascuna di queste organizzazioni ha differenti responsabilità e un ruolo definito per il raggiungimento di tali obiettivi.

NHS England

NHS England è un ente pubblico non dipartimentale che opera all'interno del sistema generale di salute e cure sociali, e che lavora in collaborazione con dei gruppi di commissioni cliniche (CCGs) e un ampio numero di stakeholders. Si occupa di fornire consistenza nazionale ad aree quali qualità, sicurezza, accesso e valore dei fondi monetari.

Nel caso specifico, NHS è responsabile per la commissione e la gestione di servizi per:

- La fruizione nelle carceri delle cure sanitarie, tra cui:
 - Cure Primarie (medicina generale, ortodonzia, optometria, farmacologia)
 - Pianificazione delle Cure Secondarie – servizi per la Salute Mentale, ostetricia, diagnosi, servizi ambulatoriali per pazienti interni ed esterni
 - Servizi per le cura di comunità – Allattamento, Cardiologia, Incontinenza, Diabete, pazienti in fin di vita, malati a lungo termine (es. Corea di Huntington, cancro), Neurologia, Nutrizione, Terapia Occupazionale etc. (per lista intera vedere documento originale)
 - Servizi di Salute Pubblica – Pianificazione dei bisogni sanitari, promozione della salute, vaccinazioni, controllo delle infezioni, salute sessuale, cessazione del vizio del fumo, abuso/cattivo uso di sostanze stupefacenti e alcol
 - Servizi di Screening
- Servizi per i disturbi della personalità per pazienti detenuti ad alto rischio di recidiva
- Governance e management clinico dei servizi per la salute
- Finanziamento e management del personale, strutture e attrezzature cliniche, smaltimento dei rifiuti clinici, supervisione
- Supporto ai servizi “through the gate”, con transizione ai servizi di cure primarie

- Raccomandazioni cliniche riguardanti la necessità di trasferimento per i detenuti con status di pazienti sottoposti a restrizioni, secondo il Mental Health Act
- Rapporti per le morti avvenute durante la detenzione
- Cooperazione con l'Ispettorato delle Prigioni (HMIP) e le ispezioni della Commissione sulla qualità delle cure (CQC – Care Quality Commission), rispondendo per l'area della salute e del benessere
- Reclami in relazione alle cure sanitarie
- Preparazione alle emergenze, pianificazione delle contingenze e risposta agli incidenti

National Offender Management Service

NOMS è un'Agenzia Esecutiva del Ministero della Giustizia, creata nel luglio 2008 a scopo di proteggere la popolazione e ridurre la ripetizione dei reati, che opera attraverso l'esecuzione delle condanne e delle ordinanze del tribunale, unitamente alla riabilitazione dei detenuti, i quali vengono aiutati a riformare le proprie vite. NOMS mette in pratica le decisioni del tribunale applicando le sentenze di incarcerazione e libertà vigilata in Inghilterra e nel Galles.

L'Agenzia commissiona e allo stesso tempo fornisce i servizi di detenzione. Inoltre è impegnata nella co-commissione di servizi dei quali non è il mandante principale, ma che sono essenziali per la riabilitazione dei detenuti, e che in Inghilterra includono educazione e insegnamento, programmi di impiego e sussidi, alloggio, servizi per le famiglie, cure sociali.

Nel caso specifico, NOMS è responsabile per:

- Proteggere la popolazione e ridurre la reiterazione dei reati
- Assicurare delle condizioni di detenzione decenti e di totale sicurezza
- Gestione della capacità delle prigioni
- Sicurezza del personale
- Fornitura di strutture e servizi appropriati all'interno degli istituti, per garantire la fruizione delle cure sanitarie
- Supporto di una più ampia promozione della salute attraverso servizi non clinici, come una dieta equilibrata ed esercizio fisico
- Strategia e attività di riduzione della somministrazione dei farmaci
- Servizi per i disturbi della personalità (insieme a NHS)
- Gestione dei casi di detenuti trasferiti in ospedali di sicurezza, per essere curati come pazienti soggetti a restrizioni, secondo le direttive del Mental Health Act

Public Health England

PHE è un'Agenzia Esecutiva del Dipartimento della Salute, creata nell'aprile del 2013. Essa collabora con il governo nazionale e con gli organi locali, con l'industria e con NHS per tutelare e migliorare la salute della nazione, supportare scelte più salutari, affrontare le disuguaglianze focalizzandosi sulla rimozione delle barriere sanitarie. E' suddivisa in un centro nazionale, 4 regionali e 15 centri PHE, e per quanto riguarda la sanità penitenziaria, si avvale del già menzionato Health and Justice Team, creato nel Dipartimento della Salute e del Benessere. Il supporto del team viene fornito nella sorveglianza e monitoraggio delle malattie, nella produzione di linee guida basate su prove certe, nella risposta agli incidenti e alle epidemie, nel fornire pareri ai policy maker e ai fornitori dei servizi su come orientarsi nelle questioni della salute pubblica.

Tra le sue varie funzioni, PHE si occupa di:

- Identificare minacce emergenti alla salute dei detenuti e del personale penitenziario, fornire pareri per la loro gestione e contenimento
- Produrre linee guida su tutti gli aspetti della sanità penitenziaria, inclusi la tutela della salute e la sua promozione
- Sviluppare risorse e strumenti per permettere ai fornitori dei servizi di migliorare la loro qualità
- Guidare lo sviluppo di sistemi di sorveglianza delle malattie e sistemi di allarme per identificare le epidemie
- Supportare la preparazione alle emergenze, la resilienza e la risposta ad esse attraverso lo sviluppo di esercizi di training per affrontare tali situazioni
- Lavorare insieme ai partner per garantire la continuità del trattamento dopo il rilascio in libertà

2. Risultati comuni, principi e priorità

Il nostro approccio

Supportare:

- Supporto mutuale tra le organizzazioni
- Sviluppo di fiducia e di un appropriato contesto per le sfide
- Permettere alle organizzazioni di agire indipendentemente ove necessario
- Comprensione dei rispettivi ruoli e culture
- Influenzare i rispettivi approcci
- Riduzione delle difficoltà ove possibile

Comunicare:

- Potenziare e rendere possibile la comunicazione a ogni livello di organizzazione
- Apertura e trasparenza; condivisione dell'informazione, evitando di riportare notizie all'ultimo momento
- Offrire collettivamente un'immagine coerente della qualità del servizio al pubblico

Revisionare:

- Garantire il massimo livello di organizzazione, leadership visibile, chiara contabilità e approccio corporativo coerente
- Riportare tutto in documenti scritti, prodotti collettivamente e a disposizione di tutti
- Le relazioni tra le organizzazioni dovrebbe essere sottoposta a revisioni, per un apprendimento costante

Risultati condivisi

I detenuti dovrebbero idealmente godere di servizi che garantiscano lo stesso livello di salute e benessere della popolazione generale. Inoltre tali servizi dovrebbero aspirare ad affrontare coerentemente le disuguaglianze in campo sanitario e i fattori che le determinano, contribuire a proteggere la popolazione, ridurre il rischio di recidiva. NOMS, NHS England e PHE lavorano insieme per identificare e gestire le situazioni di rischio considerate più rilevanti e il controllo delle infezioni. I servizi forniti dalle organizzazioni continueranno a essere soggetti a ispezioni e suggerimenti intrapresi autonomamente dalla Commissione per la Qualità delle Cure (Care Quality Commission-CQC), da HMIP (Her Majesty's Inspectorate of Prison), da Commissioni di Monitoraggio Indipendenti (Independent Monitoring Boards-IMBs) e dall'Ombudsman per la Prigione e la Custodia Cautelare.

Priorità di sviluppo comuni per l'anno 2013-2014

Sono state individuate 12 priorità di sviluppo specifiche sulle quali lavorare nel 2013-2014:

1. Sviluppo di un nucleo specifico per i servizi di sanità e benessere penitenziari.
2. Sviluppo di accordi per la condivisione delle informazioni e processi per garantire la trasparenza e il continuo miglioramento dei servizi.
3. Migliorare la continuità terapeutica nei trasferimenti tra le strutture mediche dei luoghi detentivi, e al momento del rilascio in libertà, includendo l'accesso ai

servizi medici tramite l'approvazione di permessi e i trasferimenti oltre confine tra Inghilterra e Galles.

4. Revisione delle attuali procedure di commissione dei servizi di sanità penitenziaria nelle prigioni finanziate privatamente (private finance initiative PFI- prisons).
5. Revisione e definizione delle future responsabilità per il finanziamento di specifiche aree della sanità e rispettivi servizi.
6. Test dei servizi "Through the gate" sull'abuso di sostanze stupefacenti e alcol, come parte della Strategia di Riabilitazione.
7. Riduzione del tabagismo tra i detenuti e supporto allo sviluppo di prigioni "smoke-free".
8. Revisione delle procedure di prescrizione dei farmaci e del loro eventuale abuso.
9. Revisione degli approcci per la gestione dei rischi gravi di nuocere fisicamente ad altri.
10. Revisione delle attuali procedure per la fruizione dei servizi che integrano la salute e i servizi sociali per i detenuti.
11. Miglioramento dell'individuazione e della gestione della tubercolosi nei detenuti al momento dell'arrivo in carcere o nel breve periodo successivo.
12. Implementazione di una politica di "opt-out" per i test sulle malattie infettive (BBVs) e sviluppo di percorsi di cure per i pazienti positivi alle infezioni.

3. Amministrazione

Amministrazione nazionale

NHS England, PHE e NOMS istituiranno un nuovo Consiglio sulla Sanità Penitenziaria con la responsabilità di supervisione e gestione del presente accordo tra le parti. Istituiranno inoltre un sotto-consiglio per la gestione della sanità penitenziaria negli istituti di detenzione finanziati privatamente.

Amministrazione regionale e locale

I fornitori dei servizi per la salute dei detenuti e per l'abuso di sostanze dovrebbero continuare a riunirsi in consigli direttivi, i cui organici e operazione dovrebbero essere determinati localmente. Un modello standardizzato per gli accordi locali verrà sviluppato per supportare questa attività.

Le disposizioni locali dovranno considerare l'importanza di includere le CRCs (Community Rehabilitation Companies) dall'ottobre 2014, riconoscendo il ruolo chiave che esse giocheranno nel fornire servizi di riabilitazione alla maggioranza dei detenuti sia all'interno del carcere che al ritorno in comunità ("through the gate").

I direttori delle carceri non sono responsabili per l'amministrazione clinica e la gestione dei servizi per la salute forniti dai medici. Tale responsabilità è affidata a NHS England.

Si dovrebbe infine prendere in considerazione un modo per potersi relazionare con il Youth Justice Board (YJB), il Consiglio per la Giustizia dei Minori.

Reclami e risoluzione delle dispute

Per reclami si intendono gli esposti che originano dai prigionieri, dalle loro famiglie o dai medici curanti del servizio sanitario in carcere.

Sia che riguardino questioni cliniche o meno, pur sempre però nella cornice della salute, essi devono essere presentati tramite la procedura standard dei reclami di NHS England, che include le informazioni su come appellarsi all'Ombudsman Parlamentare indipendente per il Servizio Sanitario (Parliamentary and Health Service Ombudsman – PHSO). Tale procedura non include le funzioni per le quali NHS England non è responsabile (nello specifico i servizi 111 – pronto soccorso, ambulanze. Tali reclami vanno inoltrati al Clinical Commissioning Group - CGC).

Quando un reclamo è relativo al servizio per l'abuso di alcol o sostanze stupefacenti commissionato da un'autorità locale per conto di NHS, la procedura da utilizzare è quella standard dell'autorità locale.

I reclami dei detenuti che non si riferiscono direttamente a questioni di salute devono essere presentati attraverso la regolare procedura per reclami di NOMS.

Le questioni riguardanti disaccordi operazionali o sulle risorse tra i fornitori dei servizi per la salute e per il carcere, NHS England e NOMS, dovrebbero essere trattate come dispute, in caso non possano essere risolte localmente. Esse devono essere presentate per iscritto ad un consiglio specifico, il National Prison Health Co-commissioning and Partnership Board of England, che decide in proposito, e la sua risoluzione è considerata definitiva.

Esami ed Ispezioni indipendenti

I servizi sanitari forniti in carcere sono soggetti a un range di ispezioni e controlli indipendenti da parte degli enti riportati qui sotto.

Care Quality Commission (CQC) – è il regolatore indipendente di tutti i servizi sociali e sanitari d’Inghilterra. Il suo ruolo è assicurarsi che i servizi erogati rispettino gli standard nazionali di sicurezza e cure.

HM Inspectorate of Prisons (HMIP) – è un ispettorato indipendente che monitora le condizioni e il trattamento ricevuto dai detenuti in carcere, negli istituti per minori e nei centri di identificazione ed espulsione degli immigrati. Qualora HMIP abbia già ispezionato un luogo osservandone il servizio sanitario, di norma CQC non interviene ulteriormente.

Prison and Probation Ombudsman (PPO) – è nominato dal Segretario di Stato per la Giustizia e indaga sui reclami dei detenuti e dei soggetti in libertà vigilata. E’ anche il responsabile per le indagini sulle morti all’interno degli istituti penitenziari, produce “Rapporti sugli Incidenti Fatali”, e pubblica “Learning Lessons Bulletins”, bollettini che raccolgono una serie di suggerimenti per migliorare la pratica delle indagini.

Independent Monitoring Boards (IMB) – In ogni penitenziario è presente una commissione di monitoraggio indipendente, i cui membri sono indipendenti e non retribuiti. Si occupa di monitorare la vita quotidiana dei detenuti e di assicurarsi che vengano mantenuti standard di decenza e qualità delle cure adeguati.

Health Watch – E’ un nuovo campione indipendente di consumatori per le cure mediche e sociali, un network che conduce 152 HealthWatch locali focalizzate sulla comunità.

Annex A

La Sanità Penitenziaria in Inghilterra – una breve storia

Prima dell’aprile 2003, HMPS era responsabile della gestione diretta e fornitura della sanità penitenziaria in Inghilterra e Galles attraverso il Direttorato per la Sanità Penitenziaria. Tuttavia nel 1996, il documento prodotto da HMCIP *Paziente o Detenuto (Patient or Prisoner)* ha identificato dei significanti punti deboli in tale sistema e propose di far assumere la responsabilità per la salute in carcere a NHS, e fu istituito un gruppo di lavoro che univa membri di HMPS e l’esecutivo di NHS. Il rapporto che ne seguì nel 1999 sulla futura organizzazione della sanità penitenziaria stabiliva che si sarebbe dovuta creare una partnership formale tra NHS e il servizio penitenziario che si basasse sul principio precedentemente statuito di *garantire ai detenuti il medesimo livello di salute e benessere che la popolazione generale riceve da NHS*. Tale affermazione riflette la disposizione del Principio 9 del

documento degli UN (1990) *“Principi base per il trattamento dei detenuti”*, che dichiara che *i prigionieri devono aver consentito lo stesso accesso ai servizi sanitari disponibile nel proprio Paese, senza discriminazione basata sulla loro situazione legale*.

Il Dipartimento della Salute ha conseguentemente devoluto la responsabilità per l'area della sanità penitenziaria ai PCTs tra il 2004 e il 2006. Nel 2008 una nuova agenzia NOMS ha rimpiazzato la vecchia organizzazione omonima, divenendo responsabile per la fornitura e l'incarico dei servizi penitenziari. Nel 2011 Il Dipartimento della Salute e il Ministero della Giustizia si consultarono per un piano di implementazione riguardante un nuovo approccio ai criminali che soffrono di gravi disturbi della personalità, riformando il già esistente Programma per i Disturbi gravi e pericolosi della personalità (DSPD), operativo già in alcune prigioni e ospedali dal 2000.

Si è proceduto con ulteriori trasferimenti di responsabilità tra NOMS e il Dipartimento della Salute, tra i quali il più significativo è stato quello riguardante l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti. Con questo trasferimento, quasi tutti i servizi di sanità penitenziaria, clinici e non, sono passati ad essere di competenza di NHS.

Annex B

L'Annex B contiene degli esempi di specifici servizi forniti da NOMS, le sue aree di competenza, e istruzioni rilevanti per la sanità. NOMS è responsabile per la pubblicazione di una serie di specificazioni e istruzioni che devono essere seguite dallo staff degli istituti penitenziari. Laddove queste si interfacciano con l'area della salute, NHS England viene consultato per concordare con le procedure adottate. Nella lista presente nel documento originale si possono trovare degli esempi di alcune specifiche sui minimi servizi obbligatori, ordini (PSOs – Prison Service Orders) e istruzioni (PSIs – Prison Service Instructions), che impattano sulla sanità penitenziaria.

Annex C

L'Annex C rappresenta graficamente la cornice dell'amministrazione della sanità penitenziaria in Inghilterra e le principali funzioni degli organi che la compongono (per un quadro migliore della situazione consultare direttamente l'originale).

All. 2

Misure alternative alla custodia cautelare in carcere :**"Adult Community Sentence in England and Wales**

Il Criminal Justice Act del 2003 ha introdotto la "Adult Community Sentence" in Inghilterra e Galles, che prevede una serie di misure alternative al carcere. Il decreto prevede in particolare tre casi in cui può essere applicato un trattamento medico come misura alternativa, ovvero in caso di alcolisti, in caso di tossicodipendenti o persone con abuso di droghe, e in caso di persone con patologie mentali.

E' previsto il consenso del reo per l'applicazione delle misure alternative, e in caso di negazione del consenso il tribunale può imporre il carcere. Se il reo acconsente, ma successivamente non segue le regole della misura alternativa, può tornare in tribunale per una procedura di infrazione.

Misure alternative in caso di trattamento medico per i "drug offender" (persone con reati commessi per l'uso di droghe): in questo caso gli interventi del sistema giudiziario inglese sono di fatto un'opportunità offerta al reo di avere una riduzione di pena, in cambio dell'ammissione di colpevolezza e l'accettazione di un trattamento.

Non esiste però la possibilità di imporre un trattamento nel Sistema Sanitario Nazionale inglese, eccetto ove previsto dal "Mental Health Act", ed anche in questo contesto solo caso per caso per condizioni gravi dimostrate con criteri alti.

All.3 :

STUDIO LONGITUDINALE DI COORTE SULLA RIDUZIONE DEI CRIMINI DEI DETENUTI- 2013 (Surveying Prisoner Crime Reduction –SPCR)

E' uno studio che ha coinvolto 1435 detenuti(1303 maschi e 132 femmine) condannati da 1 mese a 4 anni di carcere in Inghilterra e Galles tra il 2005 e il 2006. Lo scopo era identificare i problemi dei detenuti, determinare come venivano affrontati durante e dopo la carcerazione e stabilire l'effetto combinato degli

interventi sulla ripetizione dei reati (e altri risultati) nel periodo post-carcerazione. Lo studio ha coinvolto 1435 detenuti di cui solo 132 donne. I dati raccolti hanno riguardato il sesso, l'età, la razza, l'uso di droghe e alcool, gli episodi di autolesionismo ed i suicidi, la presenza di disordini mentali, il collegamento con nuove carcerazioni/condanne.

- L'uso di droghe appare correlato al comportamento criminale. In particolare il 52% degli arrestati aveva usato droghe nel mese precedente l'arresto e il 30% dichiarava dipendenza da eroina o crack-cocaina
- Esiste anche evidenza di un collegamento tra abuso di alcol e reato
- Il livello di dipendenza da droghe risulta essere più elevato tra le detenute donne rispetto agli uomini
- In generale l'uso di alcol risulta essere inferiore a quello dichiarato dalla popolazione generale; ma il 63% dei detenuti che hanno bevuto alcolici nelle 4 settimane prima della carcerazione sono classificabili come "binge drinkers" (persone che bevono fino a perdere i sensi).

USO DI DROGHE

Le droghe vengono classificate per lo studio in 2 classi: Classe A Ecstasy, eroina, LSD, crack, cocaina, metadone e Classe B amfetamine, cannabis, tranquillanti.

L'89% dei detenuti dichiara di aver fatto uso di droghe almeno 1 volta (popolazione generale 34%). Non si evidenziano differenze tra maschi e femmine del campione. Il 64% ha usato droghe nelle 4 settimane precedenti l'arresto. La Cannabis risulta essere la droga più utilizzata (71%) seguita da Cocaina (45%) e crack (43%). Il 30% del campione dichiara di aver fatto uso di droghe e.v. nelle 4 settimane prima della carcerazione mentre il 27% dichiara di aver avuto almeno 1 episodio di overdose.

Il 64% ha utilizzato droghe di Classe A; il 74% dichiara di aver utilizzato droghe di classe B, senza differenze tra maschi e femmine.

Le donne detenute dichiarano un uso di droghe di Classe A nelle 4 settimane prima del carcere nel 58% dei casi, più dei maschi (43%). Non c'è differenza invece nell'utilizzo di droghe di Classe B : 52% sia nei maschi che nelle femmine.

Il 42% dei detenuti maschi e il 58% delle detenute femmine dichiarano di aver fatto uso di crack. Il 39% dei maschi e il 55% delle femmine dichiarano di aver fatto uso di eroina (nella popolazione generale l'1%).

Il 19% dei detenuti che dichiarano di aver usato eroina dicono di averlo fatto per la prima volta in carcere. Più della metà (55%) dichiara di aver fatto uso di eroina in carcere.

Le donne dichiarano di aver avuto bisogno di aiuto per il loro problema di droga all'ingresso in carcere più spesso rispetto agli uomini (49% vs. 29%).

COLLEGAMENTO TRA USO DI DROGHE E ANSIA/DEPRESSIONE

Il 29% dei detenuti che dichiarano un uso recente di droghe dicono di soffrire di ansia e depressione. Per le donne detenute il dato sale al 52%

INTERVENTI E TRATTAMENTO IN CARCERE

Le donne detenute partecipano a programmi specifici di trattamento in carcere più degli uomini (37% vs. 25%) e ricevono più spesso trattamento sostitutivo (per es. metadone) per problemi di droga ed alcol (52% vs. 33%).

SALUTE MENTALE

E' noto che la prevalenza di disordini mentali è maggiore tra la popolazione detenuta rispetto a quella generale. L'evidenza che le detenute femmine hanno maggiori problemi di salute mentale rispetto ai maschi è stata usata per suggerire un diverso trattamento tra maschi e femmine. Elevati livelli di abusi in età infantile, violenze in famiglia, sono stati dichiarati più spesso da donne detenute.

SUICIDIO ED AUTOLESIONISMO

La percentuale di autolesionismo risulta maggiore tra le donne rispetto agli uomini detenuti. Il 46% delle donne dello studio dichiara di aver tentato il suicidio in passato (rispetto al 21% dei maschi e al 6% della popolazione generale divisi in 7% donne e 4% uomini).

Nel 2009 il tasso di suicidio della popolazione generale era di 11 per 100.000 per gli uomini e di 3 per 100.000 per le donne nella popolazione generale. Circa il 21% delle donne detenute dichiara di aver tentato il suicidio nell'anno prima della carcerazione (tre volte più degli uomini, 7%). Il 33% delle donne detenute dichiara pensieri suicidari nelle 4 settimane precedenti la carcerazione (contro il 14% dei detenuti uomini). Anche l'autolesionismo è più frequente nelle donne detenute (29% vs. 13%) e sensibilmente maggiore rispetto alla popolazione generale (5%).

Il Ministero della Giustizia indica una proporzione maggiore di donne che si autolesionano durante la carcerazione rispetto agli uomini (nel 2006 30% vs. 6%), ma gli autolesionismi negli uomini conducono 4 volte di più ad un invio ad un ospedale esterno (nel 2006: 8% di casi nei maschi vs. 2% di donne).

ANSIA E DEPRESSIONE

Lo studio stima la prevalenza e la severità dei sintomi di ansia e depressione usando la scala sulla salute psichica del "Maudsley Addiction Profile" (MAP). Uno score di 12,5 è stato considerato indicativo di ansia e depressione.

Circa la metà (49%) del campione è stato considerato a rischio di ansia e/o depressione. Il 49% delle donne detenute sono state trovate affette da ansia e depressione contro il 23% dei maschi detenuti. Considerando le due condizioni separatamente il 61% delle donne detenute è stata trovata affetta da ansia contro il 33% dei maschi; il 65% delle donne detenute è stata trovata affetta da depressione contro il 37% degli uomini, confrontato con il 16% della popolazione generale (12% maschi e 19% femmine) nello studio di McManns del 2009.

SINTOMI PSICOTICI

E' stato utilizzato il PSQ (Psychosis Screening Questionnaire). Basato su questo il 16% dei detenuti del campione (25% delle donne e 15% degli uomini) dichiara sintomi indicativi di psicosi (considerevolmente maggiore rispetto alla popolazione generale 6%). Non esiste differenza tra sessi per paranoia e mania mentre c'è differenza per allucinazioni e idee persecutorie.

NECESSITA' E STORIA DI TRATTAMENTO PSICHIATRICO

Il 49% delle donne detenute dichiara di aver avuto bisogno di trattamenti psichiatrici contro il 18% dei detenuti maschi. Il 42% dei detenuti dichiarano di aver avuto trattamenti o counselling nell'anno precedente la carcerazione (57% donne vs. 48% uomini)

RICARCERAZIONE NELL'ANNO DOPO IL RILASCIO IN LIBERTA'

Più della metà (52%) del campione è stato ricondannato per almeno 1 reato nei 12 mesi successivi al rilascio in libertà. Non si osserva nessuna differenza tra maschi e femmine. La ricondanna risulta associata con l'uso quotidiano di alcool nelle 4 settimane precedenti in particolare per i "binge drinkers"; ciò non è vero nel campione per l'uso di droga nelle 4 settimane precedenti la ricondanna. I detenuti che soffrono di ansia e depressione vengono più facilmente riarrestati nell'anno successivo al rilascio in libertà (59% vs. 50% di quelli che non hanno ansia e/o depressione). Tale dato per le donne è del 69% contro il 40% di quelle che non hanno ansia e/o depressione. Tra gli uomini invece non c'è differenza tra quelli ansiosi e non ansiosi in termini di nuove condanne.

La depressione fa la differenza. Il 66% delle donne depresse viene ricondannata entro 1 anno contro il 31% di quelle non depresse. Tra gli uomini il 61% contro il 47%.

Per quanto riguarda la psicosi, i maschi detenuti psicotici hanno un maggior rischio di essere ricondannati nell'anno successivo alla liberazione (60% vs. 50%). Questo non sembra vero per le donne anche se hanno una maggiore prevalenza di psicosi.

Non si sono osservate differenze in termini di ricondanna tra coloro che hanno ricevuto trattamento o counselling medico e quelli che non lo hanno ricevuto.

CONCLUSIONI ED IMPLICAZIONI

L'abuso di sostanze e la salute mentale sono un problema maggiore nella popolazione detenuta rispetto a quella generale.

Lo studio trova somiglianze tra detenuti maschi e femmine nei riguardi dell'abuso di sostanze e di bisogni di salute mentale, ma indica anche alcune importanti differenze di genere in termini di salute mentale e di tipi di droghe usate il mese precedente alla carcerazione.

I patterns di consumo di alcool non differiscono sostanzialmente.

L'uso di alcool tra i detenuti è associato con la ricondanna dopo il rilascio in libertà, sebbene in modo minore rispetto all'uso di droghe.

Il fatto di essere un "binge drinker" è un fattore associato alle nuove condanne per le donne (non per gli uomini)

La frequenza di uso illegale di droghe, molto maggiore rispetto alla popolazione generale e a precedenti studi, non differisce tra detenuti maschi e femmine., ma le donne usano più frequentemente droghe di Classe A (cocaina, crack, eroina etc) nelle 4 settimane precedenti l'arresto rispetto agli uomini e dichiarano che tale uso era collegato al crimine.

L'uso di droghe è risultato strettamente correlato alle ricondanne dopo il rilascio in libertà (senza differenza tra generi).

La quota di detenuti che dichiara di aver iniziato ad utilizzare eroina in carcere è diminuito rispetto al passato (19% vs. 30% del 1997).

Il 55% dei detenuti dichiara di aver utilizzato eroina in carcere, senza differenza tra maschi e femmine.

Le donne detenute dichiarano una peggiore salute mentale, soprattutto in relazione con autolesionismi, tentativi di suicidio, psicosi, ansia e depressione.

Le donne sofferenti per ansia e depressione avevano un maggior rischio di essere ricondannate durante l'anno successivo all'uscita in libertà. Sia i maschi che le femmine depresse hanno un rischio maggiore.

I detenuti maschi con psicosi hanno un rischio maggiore di subire nuove condanne (non così le donne).

Lo sviluppo di politiche di genere diverse per affrontare i problemi mentali di donne e uomini detenuti potrebbe essere appropriato. In particolare politiche per diminuire l'autolesionismo nelle donne, i problemi di salute mentale associati con la reiterazione del reato, l'elevato uso di droghe di classe A nelle donne detenute.

Queste evidenze non ci dicono se le politiche genere-specifiche e gli interventi sono più efficaci nell'affrontare l'abuso di sostanze e i bisogni di salute mentale dei detenuti, che rimane una questione importante per ricerche future, ci dicono, però, che l'abuso di sostanze e i bisogni di salute mentale sia dei detenuti maschi che femmine, sono maggiori rispetto a quelli della popolazione generale e che ci sono alcune differenze tra detenuti maschi e femmine in termini di abuso di sostanze e di problemi di salute mentale.