



Co-funded by the Criminal Justice
PROGRAMME OF THE EUROPEAN UNION

ME.D.I.C.S.



MEntally Disturbed Inmates
Care and Support



Ministero della Giustizia
Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
Nucleo Progetti FSE

Proposta di un modello sperimentale condiviso per il contrasto del disagio psichico nelle carceri europee

Sommario

Dalla ricerca MEDICS, effettuata in Italia, Catalogna e Croazia, viene confermato che il disagio psichico è molto comune negli Istituti penitenziari dei tre Paesi, è associato ad elevati costi di assistenza sanitaria, rischia di vanificare gli interventi di recupero delle persone detenute, è spesso correlato alla tossicodipendenza ed è causa non esclusiva di perdite di vite umane che decidono di suicidarsi. Dall'indagine è emerso che mentre in Catalogna quasi il cento per cento dei pazienti con questi disturbi riceve cure efficaci (psichiatrica, psicologica, sociale) in Italia per i disturbi psichici non connessi a dipendenze da alcol o sostanze stupefacenti l'assistenza è essenzialmente psichiatrico-farmacologica, mentre in Croazia solo il 20 per cento dei detenuti con disturbi psichici è visitato da specialisti di salute mentale per carenza di risorse. Gli individui con patologie psichiatriche maggiori hanno maggiori probabilità di essere visitati da specialisti mentre la maggior parte dei detenuti con disturbi di personalità riceve un trattamento più orientato al sintomo (insonnia, ansia). E' necessario comprendere in premessa che l'Istituzione Penitenziaria non può e non deve però essere letta come un contesto "psichiatrizzato e/o psichiatrizzabile" ma che piuttosto necessita di una forte azione integrata tra le cure per la salute fisica e mentale di competenza dei Servizi Sanitari e gli aspetti socio-riabilitativi di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie. Ugualmente è noto ma ugualmente fondamentale il ruolo del territorio e delle famiglie in termini di accoglienza, casa, occupazione, la cui assenza può vanificare qualsiasi modello.

Questa breve presentazione propone un modello di collaborazione come unico approccio per attuare un intervento globale sulla persona detenuta. Punto di forza, ma anche di estrema debolezza nel caso non si sia capaci di comprenderne la rilevanza, è l'individuazione di una cabina di regia che abbia l'autorità di coordinare con flessibilità i servizi forniti da differenti uffici pubblici e per questo a volte poco fruibili.

Sarà fondamentale, nel rispetto della coerenza interna dei sistemi penitenziarie e sanitari di ogni Paese, individuare un nodo della rete interistituzionale che funga da case manager, in grado di comprendere i bisogni ed i molteplici punti di vista dei soggetti in campo e di coordinare le diverse azioni necessarie per affrontare le problematiche del disagio psichico in ambito penitenziario.

Sarà altrettanto importante provvedere a misurare e valutare gli interventi in termine di efficacia, efficienza e convenienza, tenendo presenti i diversi orientamenti normativi e la varietà di impostazioni alla problematica del disagio psichico in carcere dei diversi Paesi.

Il modello dei servizi di cure primarie

I disturbi del comportamento, spesso associati all'abuso di alcool o di sostanze sono tra le condizioni più favorevoli l'ingresso in carcere e la reiterazione del reato. Spesso si amplificano durante la detenzione con l'acuirsi degli stati d'ansia associati a depressione. Il *Criminal Justice Act* del 2003 che ha introdotto la *Adult Community Sentence* in Inghilterra e Galles, prevede una serie di misure alternative al carcere in particolare nel caso di alcolisti, di tossicodipendenti o persone con abuso di droghe, e nel caso di persone con patologie mentali. E' previsto il consenso del reo per l'applicazione delle misure alternative: 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. Non esiste però la possibilità di imporre un trattamento nel Sistema Sanitario Nazionale inglese, come invece abbiamo osservato in Croazia dove il giudice, unitamente ad una pena detentiva, può comminare sanzioni amministrative quali appunto periodi di riabilitazione obbligatoria e differenziata per alcolisti, tossicodipendenti, affetti da patologie psichiche. In quest'ultimo caso, se la patologia è riconosciuta di particolare gravità, la pena deve essere attuata presso strutture del *public health*, al di fuori delle specifiche sezioni psichiatriche (in Croazia l'assistenza sanitaria nelle carceri è responsabilità del Ministero della Giustizia, a differenza di Inghilterra, Italia, Catalogna).

In Italia l'obiettivo perseguito è di individuare, possibilmente fin dall'ingresso, le persone con patologia psichiatrica e con rischio suicidario, per attivare immediate azioni di sostegno e per concordare con l'Azienda Sanitaria Locale gli interventi sanitari, sociali, psicologici, educativi, culturali e informativi di cui il detenuto può usufruire nell'ambito penitenziario, in continuità con il territorio.

L'Accordo Stato Regioni del 19 Gennaio 2012 prevede in ogni Regione elaborazione di un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario, tenendo conto delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS¹, nonché degli atti formati in seno al Comitato Nazionale di Bioetica italiano².

Tali documenti centrano l'attenzione sull'interazione tra l'individuo e l'ambiente piuttosto che "... individuare i soggetti a rischio..."³. E' consigliato, quindi, l'approccio cosiddetto universalista, che vede nel potenziamento delle opportunità ambientali l'ambito più favorevole alla promozione delle abilità delle persone a partire da quelle più fragili.

Ad oggi, in tutti gli istituti penitenziari è assicurata la presenza di uno psichiatra o di un servizio per la salute mentale diversamente articolato in relazione alla tipologia dell'istituto e ai bisogni di salute della popolazione detenuta presente.

In Italia sono già presenti in molte Regioni i poli per la salute mentale denominati "articolarioni per la tutela della salute mentale" per la cura e l'accertamento delle infermità psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione da parte delle Autorità Giudiziarie degli eventuali successivi provvedimenti volti al ricovero di tali pazienti in apposite strutture dotate di assistenza psichiatrica intensificata, interne ai penitenziari o esterne.

E' stato quindi previsto che ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale, realizzi, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, in almeno uno degli istituti penitenziari del proprio territorio, una sezione specialistica per i disturbi mentali del servizio sanitario, che dovrà garantire, con riferimento alle persone detenute:

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS – World Health Organization – WHO – “La prevenzione del suicidio nelle carceri” anno 2007.

² Di fondamentale importanza per un approfondimento della questione è il parere formulato dal Comitato Nazionale di Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il 25 giugno 2010 “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici”.

³ Ibidem.

- l'accoglienza e la presa in carico dei disturbi mentali delle persone in stato di detenzione;
- il ricovero e la cura delle persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, ex art. 148 c.p. o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente, ex art. 111, comma 5 e 7 del DPR 230/2000;
- l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000.

In tal modo, è possibile fornire una più ampia assistenza psichiatrica che supporti il detenuto, realizzando un servizio di prevenzione e cura psichiatrica che impedisca o almeno attenui il disagio psichico attivando i necessari presidi medico-specialistici. Oltre alle sezioni previste per le attuazioni normative specifiche, in ogni istituto penitenziario occorre prevedere un'assistenza specialistica qualificata.

In Italia è in corso il programma di "superamento" degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ove, finora, aveva trovato esecuzione la misura di sicurezza detentiva, attraverso l'apertura di strutture dove l'aspetto della cura è considerato prevalente rispetto all'esigenza custodiale. Al momento, sono state realizzate numerose REMS in quasi tutte le Regioni del territorio nazionale e il percorso di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è ormai giunto in fase di conclusione sebbene permangano alcune criticità da superare.

E' osservazione comune che solo una percentuale limitata di tali popolazioni presenta disturbi mentali maggiori (schizofrenia, sindromi paranoidee, depressione grave ecc.) e; tuttavia esiste una larga fascia di disturbi che richiedono particolare attenzione per la possibile evoluzione in quadri psicopatologici più gravi e che necessita di essere presa in carico dai servizi della salute mentale. Nella quotidianità dovrebbe essere assicurato un approccio che coinvolga l'istituzione penitenziaria e quella sanitaria congiuntamente secondo un modello proattivo non basato sull'emergenza e sull'improvvisazione, ma sulla intercettazione precoce del disagio psichico. Questo, oltre a tradursi in una migliore assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, comporterebbe un abbassamento della conflittualità interna e un miglioramento del benessere degli operatori, con costi economici complessivi inferiori agli attuali.

La qualità del trattamento farmacologico del disturbo psichico

Esistono trattamenti farmacologici efficaci per vari disturbi di area psicopatologica ma molti detenuti adottano, anche in modo continuativo, comportamenti di misuse degli psicofarmaci. Inoltre, gli specialisti incontrano notevoli difficoltà nel disporre di strumenti farmacologici avanzati e nell'attuare interventi qualificati; ciò contribuisce a spiegare come una parte significativa dei detenuti trattati continui nel tempo a presentare le medesime problematiche, tenuto conto della forte influenza del dato ambientale sui disturbi mentali che di per sé non può essere contrastato nemmeno con un appropriato trattamento farmacologico e a volte un peggioramento. Peraltro, qualsiasi intervento farmacologico, avulso da un approccio integrato e multidisciplinare, a maggior ragione nel contesto penitenziario, risulta limitato e non adeguatamente efficace.

I punti nodali del modello comune

Premesso che sarebbero imprescindibili alcune modifiche legislative ed in particolare l'introduzione della previsione di forme di differimento della pena e di forme alternative al carcere per le persone affette da patologie psichiatriche, gli sforzi per migliorare l'approccio al disagio psichico in carcere devono concentrarsi su:

- 1) Screening all'ingresso e periodico per cogliere eventuali disturbi psicopatologici in fase di esordio o non facilmente rilevabili se non sufficientemente indagati, soprattutto se

- coperti da comportamenti di pseudo adattamento. Questo aspetto dovrebbe essere particolarmente considerato nelle popolazioni speciali dei pazienti noti per precedenti psichiatrici, tossicodipendenti, alcol dipendenti. L'esperienza dei test di screening (pietra fondamentale della prevenzione per patologie organiche quali il diabete, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, i tumori della mammella ecc...) dovrebbe diventare prassi anche per prevenire le conseguenze del disagio psichico;
- 2) Svolgimento di colloqui motivazionali, comportamentali di attivazione, e di risoluzione delle problematiche imminenti o vissute come tali dalla persona;
 - 3) Coinvolgimento del detenuto in un percorso di consapevolezza e di presa di coscienza delle finalità dell'intervento per favorire l'aderenza al trattamento e di conseguenza l'efficacia di quest'ultimo;
 - 4) Realizzare modelli tratta mentali fondati sulla vita in comunità con attività che privilegino l'interrelazione e la spendita del tempo in spazi comuni;
 - 5) Presa in carico dei DSM e dei Ser.T per casi specifici
 - 6) Teleconsulto tra istituti penitenziari e Dipartimenti di Salute Mentale;
 - 7) Coinvolgimento di contatti esterni (familiari, amici, volontariato) della persona;
 - 8) Realizzazione di procedure e protocolli che coinvolgano Amministrazione Penitenziaria, Enti pubblici, Enti sanitari con istituzione in ogni istituto di una task force dedicata composta da uno psichiatra, un psicologo, un infermiere, un assistente sociale, un educatore, un agente di polizia penitenziaria coordinata dal medico psichiatra; ogni detenuto preso in carico dall'equipe dovrebbe essere monitorato tramite scale di valutazione sociali, dell'adattamento e cliniche in modo tale da poter variare e graduare gli interventi necessari;
 - 9) predisposizione di strumenti che assicurino la circolarità delle informazioni fra il presidio sanitario interno, la ASL o la struttura ospedaliera di riferimento, il medico specialista e il DAP (quest'ultimo soltanto per le informazioni di interesse);
 - 10) Sviluppo di linee guida nazionali/regionali di trattamento specifiche per la popolazione detenuta e continua verifica della loro applicazione;
 - 11) Aggiornamento continuo degli operatori (medici, infermieri, polizia penitenziaria, assistenti sociali, educatori).

Si propone la combinazione di questi interventi in via sperimentale negli Istituti Penitenziari.

I nodi critici e la necessità di formazione congiunta

L'attuazione di modelli efficaci richiede un cambiamento sostanziale nella pratica degli istituti Penitenziari e tali sforzi possono incontrare una serie di ostacoli, come la mancanza di personale qualificato. Tale criticità è emersa fortemente in Italia, ma con diverse sfumature anche in Croazia e Catalogna. I professionisti delle varie amministrazioni dovrebbero quindi essere formati presso un Centro Specializzato dove gruppi di esperti nazionali provenienti da tutti gli Enti coinvolti dovrebbero fornire gli elementi fondamentali per svolgere le funzioni specifiche necessarie ad attuare il modello proposto dall'ingresso in carcere fino al rinvio alla dimissione con il ritorno alla comunità e alla vita sociale.

Il presente documento è stato realizzato con il prezioso contributo di Adele Di Stefano⁴, Carola Celozzi⁵, Giuseppe Quintavalle⁶.

⁴Psicologa

⁵Psichiatra

⁶Psichiatra