



Valutazioni e trattamenti integrati
del pz autore di reato nel
contesto detentivo:
**LA CASA CIRCONDARIALE DI
MONZA**



A. Cocchini, SER.D. ASST Monza

F. Cova, U.O. Psichiatria - DSM, ASST Monza

U. Mazza U.O.S.D. Psicologia Clinica – DSM, ASST Niguarda Milano

Gruppo Lettera Aperta

**IO (NON) SONO
COLPEVOLE.
INCAPACITA' O
RESPONSABILITA'
DEL "FOLLE REO"**



Venerdi 2 dicembre 2016

Ore 9.00-16.30

Aula 4 - U6

**BICOCCA, piazza dell'Ateneo
Nuovo 1, Milano**

Con il patrocinio di:



Società Italiana di
Riabilitazione Psicosociale
Regione Lombardia



D.P.R. 309/90 T.U. stupefacenti e sostanze psicotrope

La normativa

- ◆
- ◆
- ◆ Prima area di intervento sanitario carcerario trasferito alle regioni;
- ◆ Il “servizio pubblico” specialistico entra in carcere e gestisce i programmi sul territorio
- ◆
- ◆ Anticipazione del D. Lgs. 230/99
- ◆ L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di **globalità dell'intervento** sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica(art 2, c. 2)
- ◆

Piano regionale salute mentale

2003/2005

La normativa

◆ L'analisi

- ◆ maggiore prevalenza dei disturbi psichici;
- ◆ carenza di formazione e di personale;
- ◆ limitati rapporti con i servizi esterni;
- ◆ gran parte degli interventi viene effettuata da specialisti consulenti dell'Amm. Pen.;
- ◆ Il raccordo con la m. g. e con il Ser. D. ha carattere locale e spesso facoltativo



◆ La prospettiva

- ◆ **Interventi sistemici sui fattori ambientali di rischio ;**
- ◆ **Costruzione di una rete utile a garantire la continuità terapeutica e favorire il reinserimento sociale*;**
- ◆ **attivazione di funzioni organizzate (equipe)*;**
- ◆ **istituzione di funzioni organizzate in capo ai DSM;**
- ◆ **raccordo strutturato con la m. g. generale* in carcere e con il Ser.D**

* Piano S. S. Reg 2002 Dipendenze

DGR 8120/2008

modello organizzativo della sanità penitenziaria

La normativa

ALLEGATO I AL DECRETO N. 6270 DEL 23/06/2009



Interventi
sanitari

Trattamento e
sicurezza

DGR Lombardia X/4716 del 13/01/2016

La normativa

La riforma della sanità penitenziaria nasce sulla base dell'accordo del 22/01/2015 – C.U. Presidenza del Consiglio dei Ministri

Fra le AREE DI PARTICOLARE ATTENZIONE:

- ◆ **Valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi e misure di attenzione nei confronti dei soggetti che presentino fragilità psico-fisica;**
- ◆
- ◆ **Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche;**
- ◆
- ◆ **Individuazione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e prevenzione del rischio suicidario.**

DGR Lombardia X/4716 del 13/01/2016

La normativa

La riforma della sanità penitenziaria prevede una differenziazione delle strutture penitenziarie regionali sulla base dell'intensità dell'assistenza e sulla specializzazione dell'offerta

- ◆ **Strutture con Servizio Medico di Base (SMB)**
- ◆ **Strutture con Servizio Medico Multiprofessionale Integrato (SMMI)**
- ◆ **Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata (SMMPI)**
- ◆ **Strutture con Servizio Medico Multiprofessionale Integrato con Sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I.)**

DGR Lombardia X/4716 del 13/012016

La normativa

La riforma della sanità penitenziaria nasce sulla base dell'accordo del 22/01/2015 – C.U. Presidenza del Consiglio dei Ministri

Fra le AREE DI PARTICOLARE ATTENZIONE:

- ◆ **Valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi e misure di attenzione nei confronti dei soggetti che presentino fragilità psico-fisica;**
- ◆ **Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche;**
- ◆ **Individuazione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e prevenzione del rischio suicidario.**

L.R. 29 giugno 2016 - n. 15 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo

La normativa

Le UOSD operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Le UOSD si occupano di patologie riferibili all'uso, all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive; si occupano e garantiscono altresì un'organizzazione per lo specifico alcologico e per le patologie comportamentali. ***Nell'ambito delle UOSD sono organizzati i servizi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intra-murari, sia per l'elaborazione dei programmi alternativi alla pena, come indicato dal D.P.R. 309/90***

Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali, residenziali e semiresidenziali per rispondere ai bisogni di salute mentale e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. ***Le UOP in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in condizione di detenzione e in misura di sicurezza***

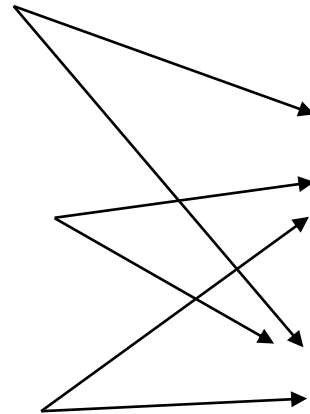
La presa in carico all'ingresso

accoglienza

Visita medica di
ingresso -apertura
della cartella clinica

Colloquio
educativo/orientativo

Screening rischio
suicidario



Proseguimento del monitoraggio
Intervento dello psichiatra

Attivazione Ser.D Carcere

COLLABORAZIONE CON LA POLIZIA PENITENZIARIA
OPERANTE IN SEZIONE OSSERVAZIONE – tempo reale

RIUNIONE DI EQUIPE – MONITORAGGIO SITUAZIONI CRITICHE
settimanale

La cura delle dipendenze

Le funzioni del Ser.D Carcere

La presa in carico avviene in forma multidisciplinare nei tempi previsti dalla Legge e secondo procedura aziendale

- ◆ Primo colloquio con il medico ed l'operatore psico-sociale: inquadramento del caso, impostazione eventuali terapie farmacologiche, formulazione ipotesi diagnostica e avvio istruttoria per la certificazione di dipendenza (DPR 309/90), counselling mirato, raccolta consensi informati;
- ◆ Prelievi urinari, piliferi ed ematici;
- ◆ Certificazione della tossico-alcol dipendenza / valutazione GAP
- ◆ Segnalazione al servizio dipendenze territoriale e attivazione della rete;
- ◆ Definizione degli interventi di cura possibili in carcere e all'esterno.



La cura delle dipendenze

Le funzioni del Ser.D Carcere

La cura in carcere

- ha luogo a partire da una valutazione complessa e multidimensionale (medica specialistica, psicologica, sociale) sulla persona e, ove possibile, sulla famiglia;
- è interdipendente con gli interventi effettuati dagli altri operatori della salute e del trattamento all'interno (ad es. lavoro, formazione, mediazione culturale);
- è sempre resa nota ai servizi territoriali delle dipendenze;
- è progettata laddove possibile in funzione della prosecuzione all'esterno (misure alternative o scarcerazione per altra causa);

La costruzione del progetto terapeutico esterno

- è sempre concordata con i servizi territoriali delle dipendenze, con l'Ufficio Educatori e con la Direzione d'Istituto;

I servizi territoriali dell'ASST di Monza rispettano la procedura aziendale per la presa in carico e la cura dei pazienti detenuti, collaborando nei modi e nei tempi da esse previste.

- si avvale, quando necessario e possibile, della collaborazione degli enti privati accreditati (comunità residenziali e centri diurni), delle risorse di reinserimento lavorativo e di housing offerte dal territorio, dell'interlocuzione con gli avvocati difensori.

La cura delle dipendenze

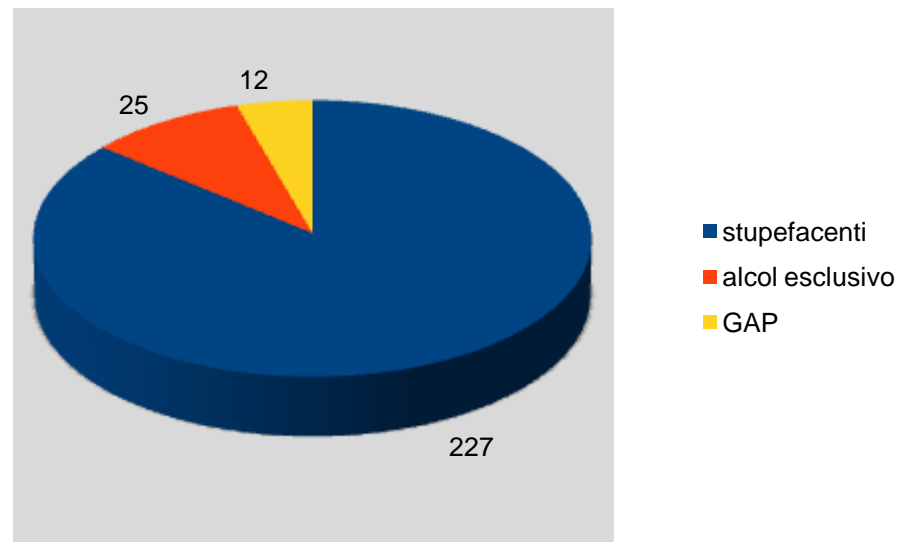
Dimensioni

Composizione del servizio

Assistente sociale	1 t.p.; 1 p.t.
Educatore prof.le	1 t.p.
Infermiere prof.le	2 p.t.
medico	2 p.t.
psicologo	2 t.p.; 1 p.t.

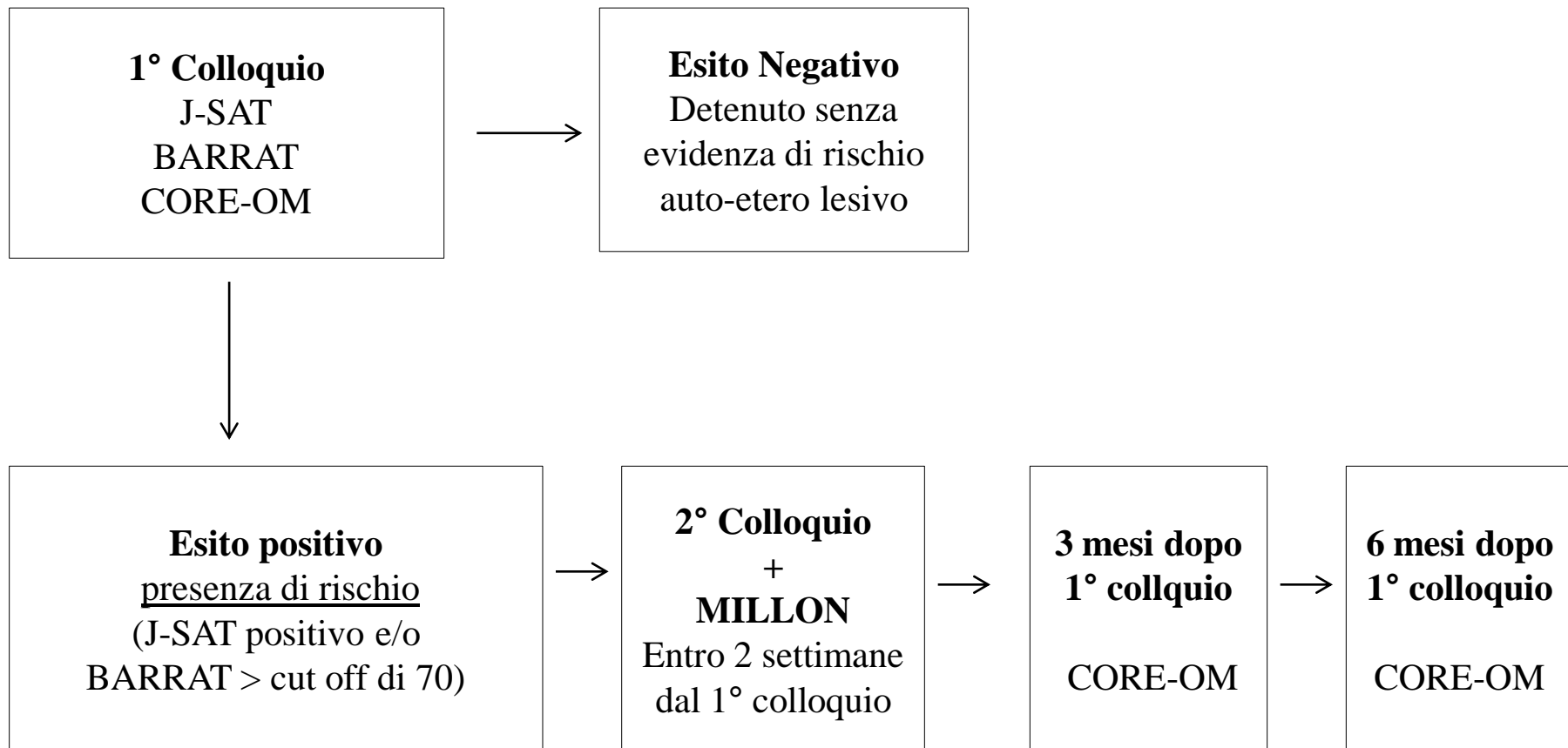
Pazienti 2015

Presi incarico da periodo precedente	183
Nuovi ammessi	347
Riammessi	231
Totale pz. assistiti	625
Dimessi	417



Dato al 30/06/2016: 264

PROTOCOLLO DI PREVENZIONE DELL'AGITO AUTO-ETERO LESIVO E DI INTERVENTO





VALUTAZIONE

- Jail Screening Assessment Tool (JSAT)
- Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)
- Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)
- Clinical Outcomes in Routines Evaluation (CORE-OM)

JAIL SCREENING ASSESSMENT TOOL (JSAT)

(Nicholls et al, 2005; S.Ciappi, 2011)

- Situazione giuridica
- Comportamenti violenti
- Background sociale
- Uso di sostanze
- Trattamenti psichiatrici
- Rischio suicidario/autolesionismo
- Condizioni mentali (BPRS 4.0)
- Gestione del rischio



BARRATT IMPULSIVENESS SCALE-11 (BIS-11) (Barratt & Stanford, 1995; Fossati et al, 2001)

- Impulsività Motoria,
- Impulsività senza Pianificazione,
- Impulsività Attentiva
- 69,3 in soggetti con comportamenti di abuso,
- 71,4 in pazienti psichiatrici
- 76,3 in reclusi maschi

MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY- III (MCMI-III)

(Millon, 2008; Zennaro et al, 2008)

Valutare interazione Asse I e Asse II,
(DSM-IV);
caratteristiche più profonde e pervasive della
personalità, sottostanti la sintomatologia
manifesta del paziente;
interrelazioni tra caratteristiche di
personalità e sindromi cliniche, per favorire
l'individuazione del trattamento.

CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION (CORE-OM)

(Evans et al, 2002; Palmieri et al, 2009)

4 aree:

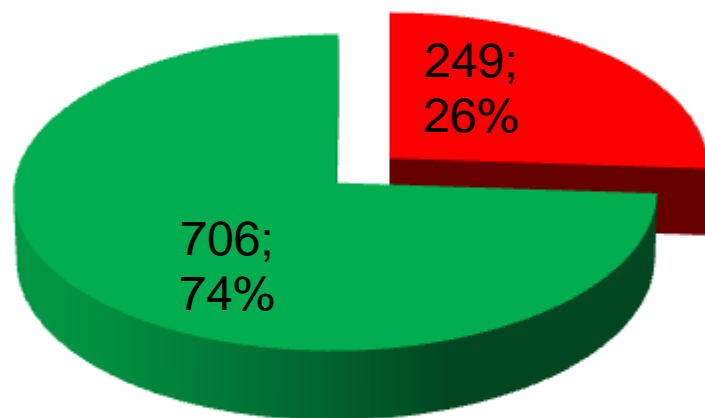
- Benessere soggettivo (4 items)
- Problemi/sintomi (12 items)
- Funzionamento di vita (12 items)
- Rischio auto/etero lesivo (6 items)



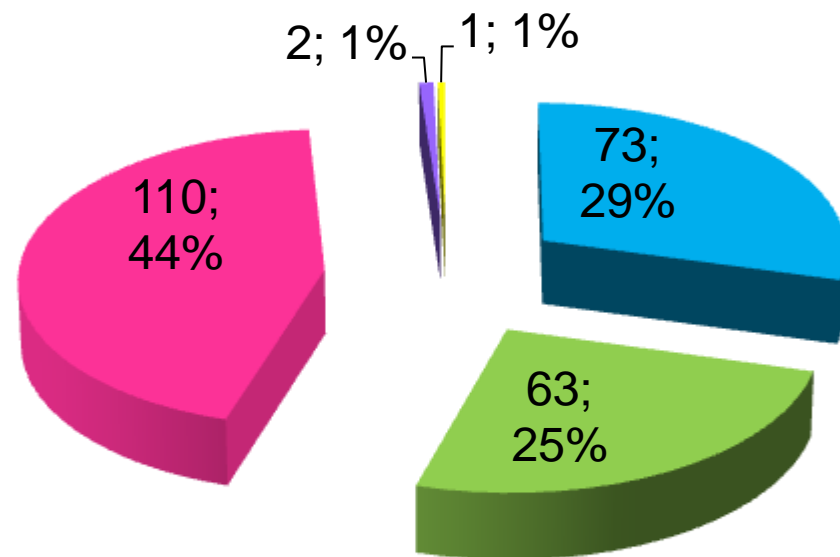
DATI 2015

- rilevazione: 01.01.2015 – 31.12.2015
- popolazione: persone valutate, sez. “nuovi giunti”, 955 (914M; 41F)
- autori di agito: $N = 40$
- agiti: $N = 70$

INDICAZIONE AL TRATTAMENTO (J SAT)

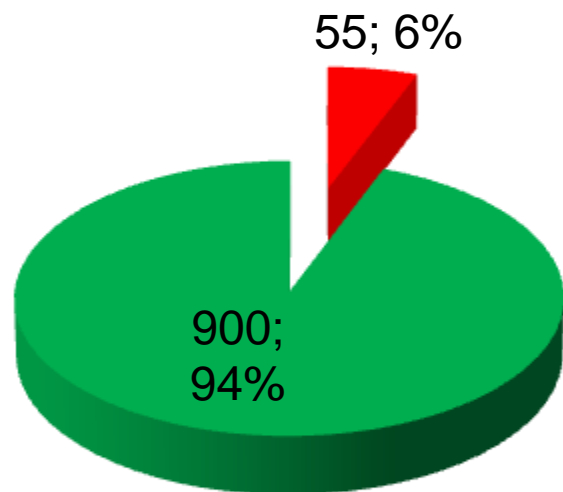


■ Sì ■ No

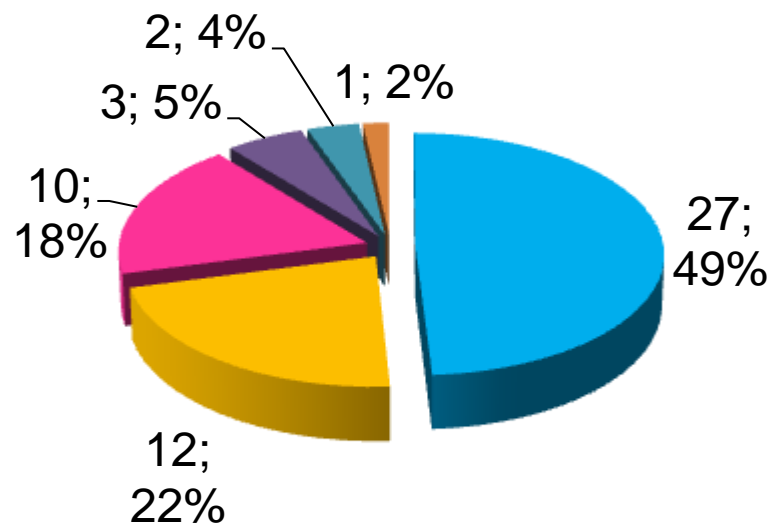


■ Monitoraggio (UOPsi)
■ SERT/NOA
■ Farmacoterapia (UOP)
■ Monit + farmaci
■ Monit+Sert/inoa+Farmaci

PERSONE CON RISCHIO LESIVO / 1



■ Si ■ No



■ suicidio
■ suicidio+violenza+vittimizzazione
■ suicidio+violenza
■ violenza



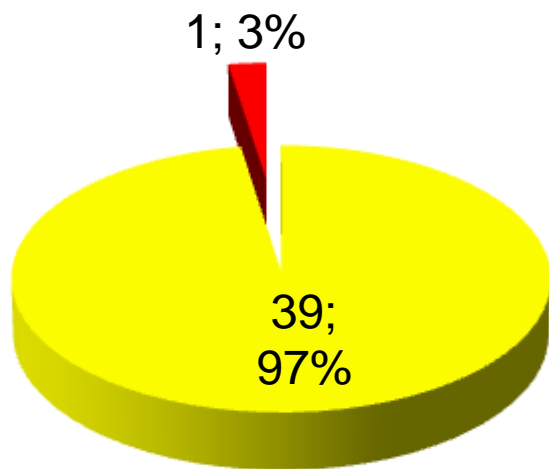
PERSONE CON RISCHIO LESIVO / 2

Delle **55** persone a rischio lesivo, indicazione per:

- monitoraggio psicologico, 47 (- 2, F14.1; F69)
- trattamento farmacologico, 3 (- 1, F19.21)
- SERT, 3
- 2 senza indicazione di trattamento (assegnazione particolare nella CC)

AUTORI/AGITI

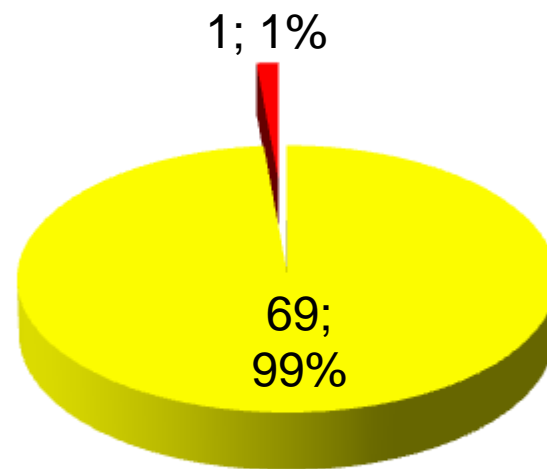
TOT AUTORI= 40



■ AGITI

■ AGITI+TS

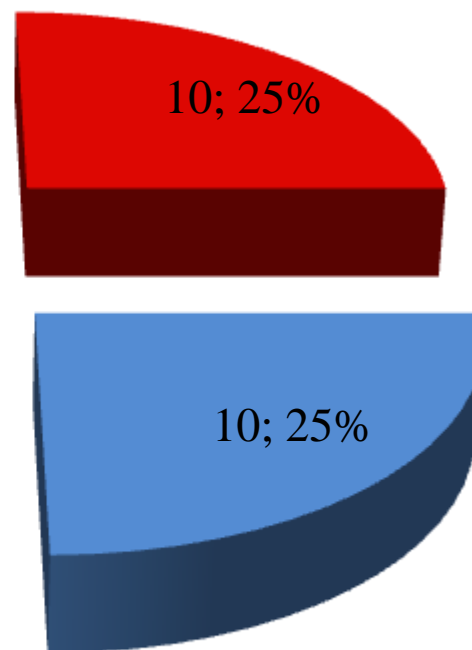
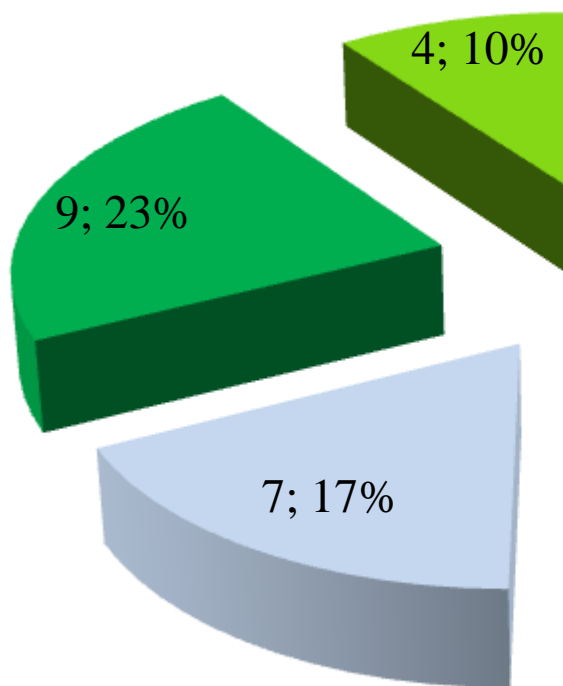
TOT AGITI= 70



■ AGITI

■ TS

AUTORI: SCREENING



■ non valutati

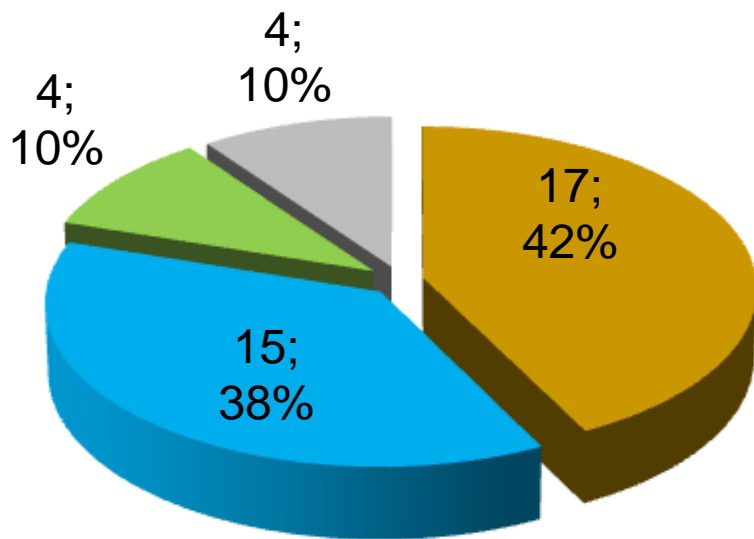
■ val antecedente 2015, ultimata

■ val 2015, ultimata

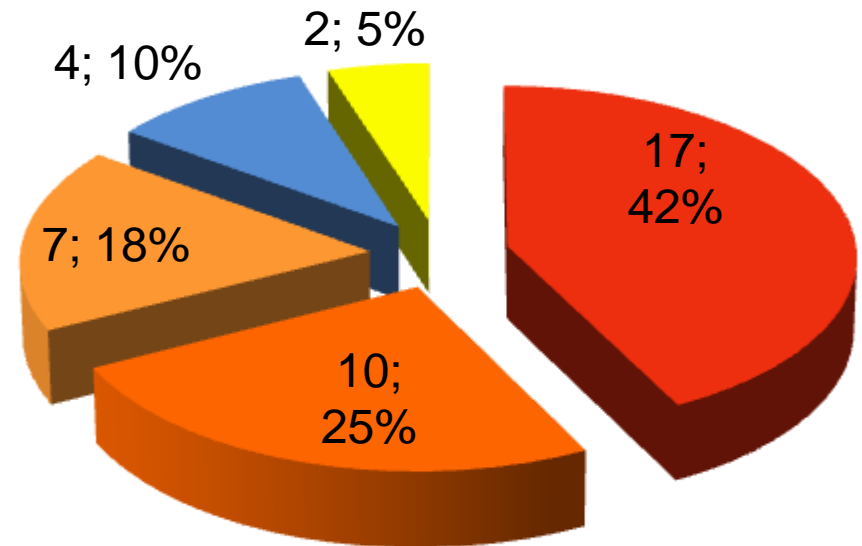
■ val antecedente 2015, interrotta

■ val 2015, interrotta

AUTORI: PROVENIENZA E DIAGNOSI

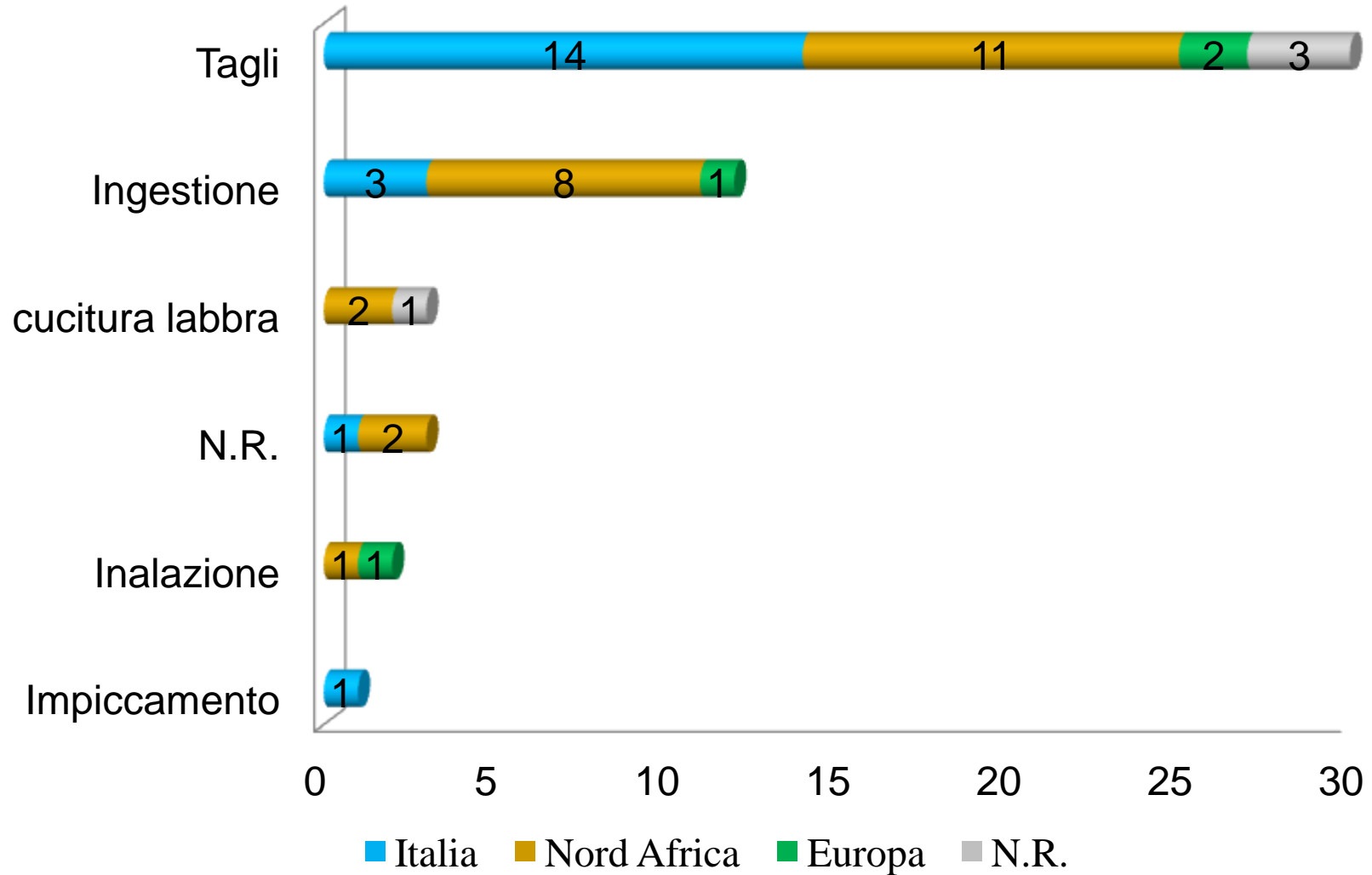


■ Nord Africa ■ Italia
■ Europa ■ Non rilevato



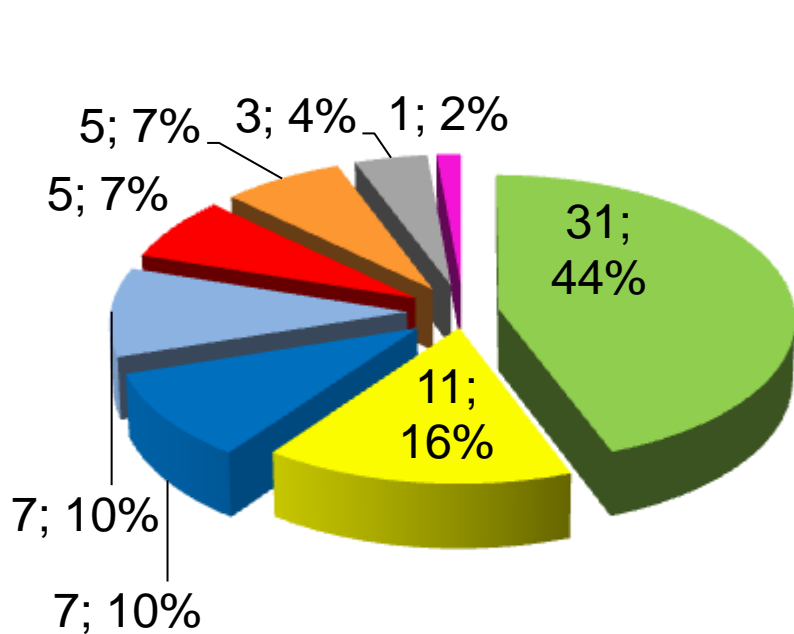
■ Disturbi correlati all'uso di sostanze
■ Disturbi di personalità
■ Sindromi affettive
■ Non disturbi psichiatrici
■ Sindromi Psicotiche

MODALITÀ AGITI – PROVENIENZA AUTORI

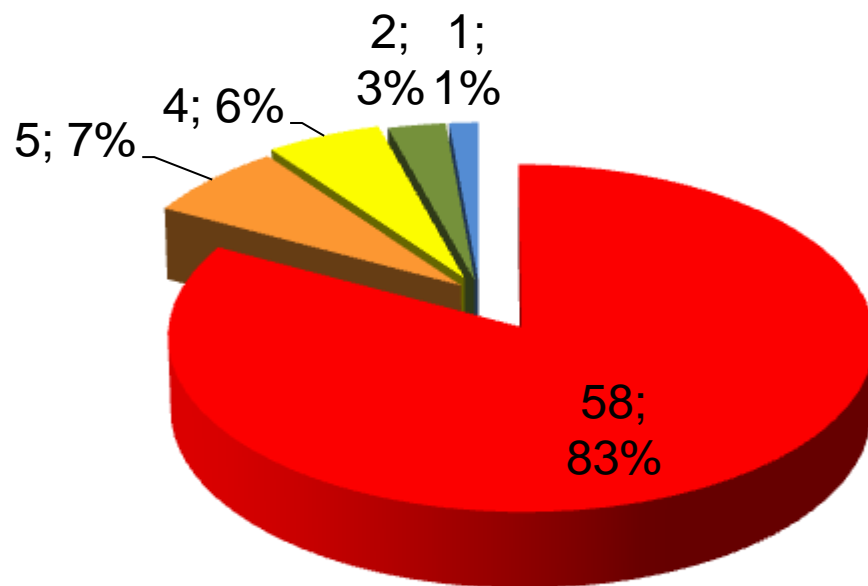


MOTIVAZIONE AGITI e TS

POSIZIONE GIURIDICA



- Sconforto
- Dimostrativo
- Trasferimento
- Protestatario
- Personale
- N.R.
- Giustizia
- Sanitario



- Definitivo
- Mista con def
- Attesa I° giudizio
- N.R.
- Coll. Giustizia

LE ESIGENZE DI SALUTE:

La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria fornisce periodicamente informazioni aggiornate sullo stato di salute della popolazione carceraria italiana.

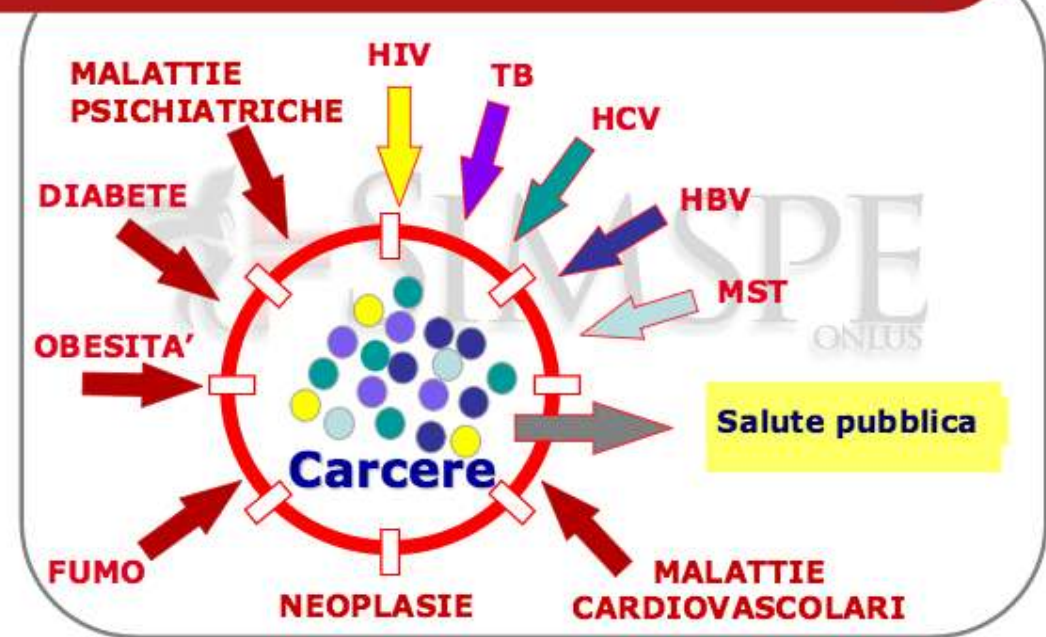
1[^] → 48% Malattie Infettive

2[^] → 30-35% Problemi di dipendenza da alcol e/o sostanze

3[^] → **27% Disturbi psichiatrici maggiori**

(dati SIMSPE, 2011)

Carcere concentratore di patologia



LE ESIGENZE DI SALUTE:

Prevalence of mental disorders in prisoners in western countries in comparison with the general population*

* General population estimates are based on individuals of similar ages where possible.

MENTAL DISORDERS	Male prisoners (%)	Male general population estimates (%)	Female prisoners (%)	Female general population estimates (%)
Psychosis	4	1	4	1
Depression	10	2-4	12	5-7
Any PD	65	5-10	42	5-10
Antisocial PD	47	5-7	21	0,5-1
Alcohol misuse/dependence	18-30	14-16	10-24	4-5
Drug misuse/dependence	10-48	4-6	30-60	2-3
Intellectual disability	0,5-1,5	1	0,5-1,5	1
PTSD	4-21	2	10-21	3

Gli studi internazionali confermano una **prevalenza maggiore di disturbi mentali** nella popolazione carceraria rispetto alla popolazione generale.

Ipotesi:

- **CONTENITORE SELETTIVO**
- **CONDIZIONE DI DETENZIONE**

(Fazel S, Baillargeon J - The health of prisoners, The Lancet 2011)



ORGANIZZAZIONE DELL'EQUIPE DI SALUTE MENTALE

A seguito del trasferimento della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale presso la Casa Circondariale di Monza operano medici e operatori sanitari dipendenti dalla ATS e dall'ASST di Monza.*

Dal 2010 è attiva l'Equipe di Salute Mentale, che garantisce la presenza quotidiana dal lunedì al venerdì di psichiatri e psicologi clinici.

1 COORDINATORE + 5 PSICHIATRI (1/DIE) + 3 PSICOLOGI (2/DIE)

* Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008 (DPCM 1 aprile 2008)

PROGRAMMI INNOVATIVI SALUTE MENTALE

TR 59 “DISAGIO MENTALE E CARCERE”

Il progetto TR59 nel contesto del quale opera in maniera integrata l'équipe di salute mentale si rivolge a:

- detenuti di tutte le fasce di **età** e di tutte le **etnie** interessati da problemi di natura psicologica e disagio psichico;
- detenuti **multiproblematici** quali tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti con problematiche psichiatriche in comorbilità;
- detenuti provenienti da “**percorsi OPG**”.

Punti di forza

- **Ripristino e potenziamento** di un servizio specialistico carente e non corrispondente agli standard deontologici e professionali;
- Limitazione e **contenimento degli effetti negativi** dell'istituzionalizzazione coatta;
- **Razionalizzazione di interventi** in materia sanitaria, assistenziale e trattamento specialistica;
- Estensione della **rete di collegamenti istituzionali** con enti pubblici e privati del territorio per una gestione condivisa del problema carcere/salute mentale/reinserimento sociale



TR 59 “DISAGIO MENTALE E CARCERE” AZIONI E OBIETTIVI

L' EQUIPE DI SALUTE MENTALE è responsabile, nel complesso:

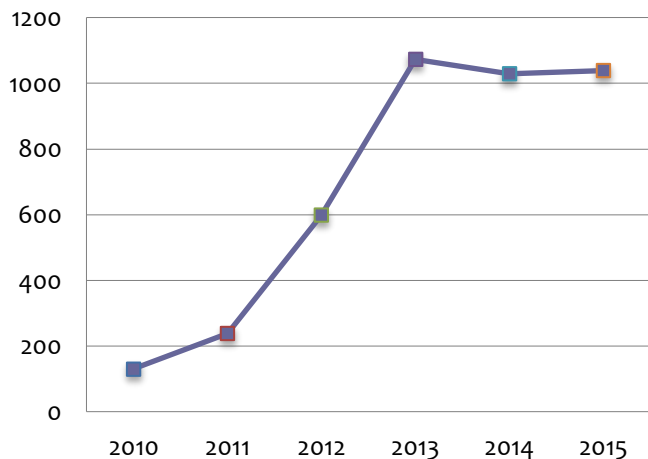
- dell'osservazione epidemiologica e clinica dei **Nuovi Giunti**;
- dell'individuazione precoce di disturbi mentali e della loro eventuale **presa in carico** per tutti i detenuti;
- del servizio **R.O.P** (Reparto Osservazione Psichiatrica);
- del lavoro di **integrazione** con le altre figure sanitarie (MMP e Ser.T), con la Polizia Penitenziaria e con le figure educative della giustizia
→ gruppi psicoeducativi ESM/SerT e gruppi informativi con medici/infermieri
- di **interventi rivolti al personale carcerario non sanitario** (sportello psicologico e formazione).

UTENTI VALUTATI E PRESI IN CARICO 2010-2015

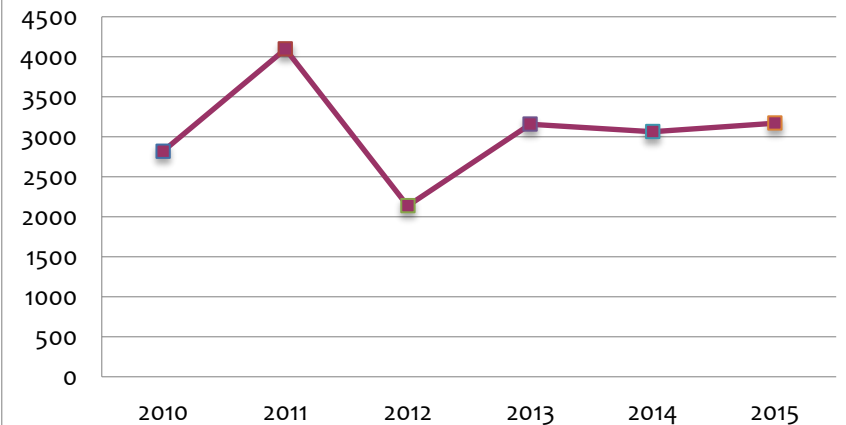
Il numero dei soggetti valutati ed assistiti si è stabilizzato negli ultimi 4 anni intorno ai 1000 utenti.

Il numero delle prestazioni ha visto una progressiva stabilizzazione oltre le 3000 prestazioni negli ultimi tre/quattro anni del progetto

Numero utenti



Interventi diretti ai pazienti

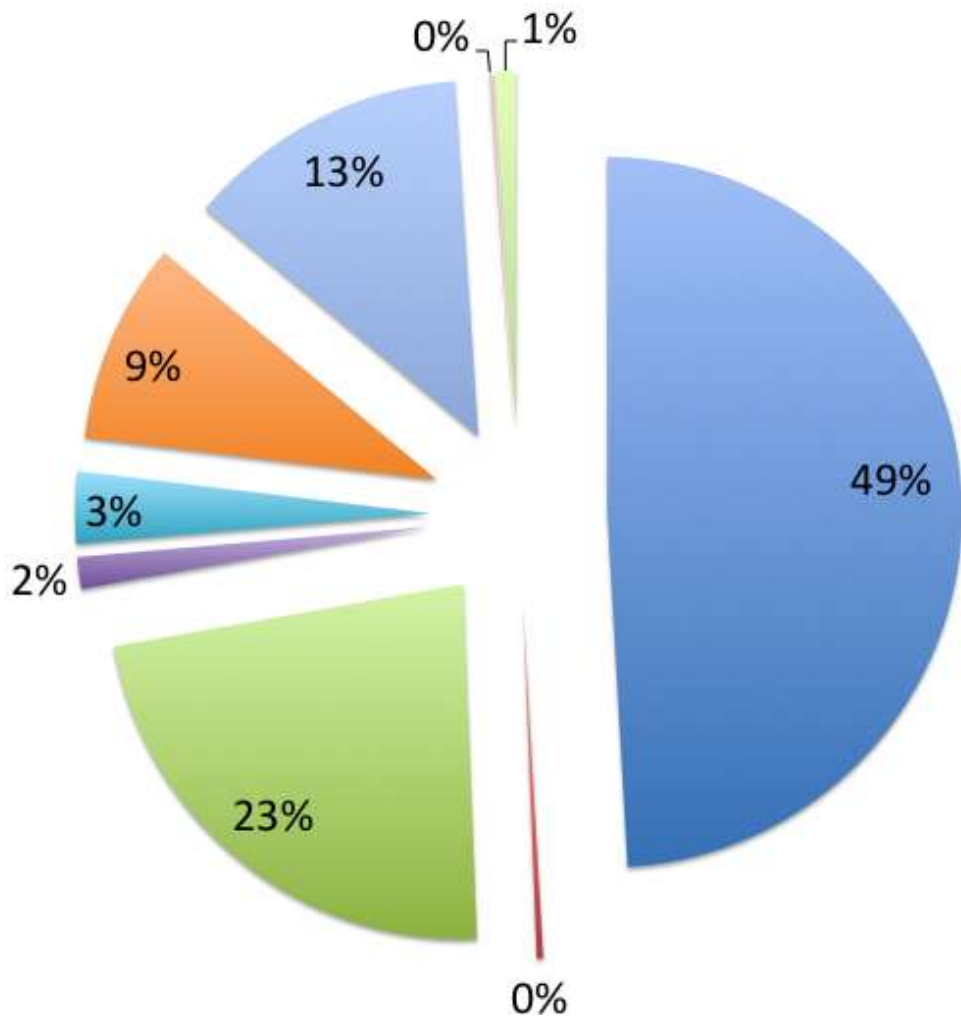


2010	130
2011	238
2012	598
2013	1073
2014	1029
2015	1039

2010	2820
2011	4097
2012	2139
2013	3157
2014	3066
2015	3170



UTENTI VALUTATI E PRESI IN CARICO anno- 2015



PAZIENTI IN CONTATTO PER DIAGNOSI

Nessun disturbo psichiatrico	510
Disturbi psichici di natura organica	3
Disturbi dovuti all'uso di sostanze	237
Schizofrenia, sindr. schizotipica e delirante	15
Sindromi affettive	34
Sindromi nevrotiche	95
Disturbi della personalità	134
Ritardo mentale	1
Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza	10

L'OSSERVAZIONE PSICHIATRICA nel SUPERAMENTO DEGLI OPG

Gli OPG hanno nel tempo rappresentato la fusione di due differenti istanze: il **carcere** e il **manicomio**, ove l'esigenza da tutelare era quella di **preservare la collettività dal pericolo di recidiva rappresentato dal "reo folle"**. Del resto, la principale ragione della sopravvivenza di queste istituzioni ha avuto **natura socio-economica** più che medica o penale, interessando soprattutto persone in condizioni disagiate, senza riferimenti di accoglienza o di cura.

La **Legge n° 81 del 30/05/2014** (preceduta dalla **Legge n° 9 del 17/02/2012**) in attuazione alle linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia già previste nel **DPCM 1/4/2008** (*passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale*) ha fissato, dopo diverse proroghe la definitiva chiusura degli stessi al **31/03/2015**.

L'OSSERVAZIONE PSICHIATRICA nel SUPERAMENTO DEGLI OPG

Art. 112 c.2 del DPR 230/2000

Accertamento delle infermità psichiche

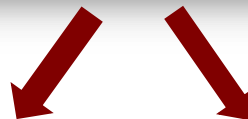
1. L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206, 212, secondo comma, del codice di procedura penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, è disposto, su segnalazione della direzione dell'istituto o di propria iniziativa, nei confronti degli imputati, dall'autorità giudiziaria che procede, e, nei confronti dei condannati e degli internati, dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria.

2. L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni.

3. All'esito dell'accertamento, l'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza, ove non adottati uno dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice di procedura penale o dagli articoli 70, 71, e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, dispone il rientro nell'istituto di provenienza.

ESITO NEGATIVO:

Ritraduzione verso l'istituto di provenienza



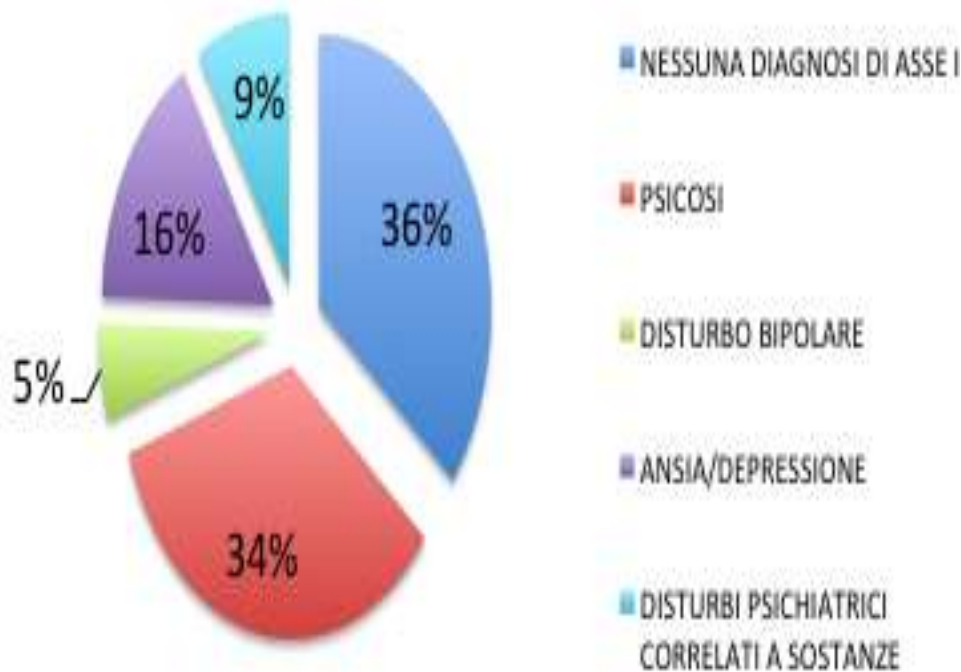
ESITO POSITIVO:

- ART. 148
- ART. 111
- LUOGHI DI CURA (es. CONP)

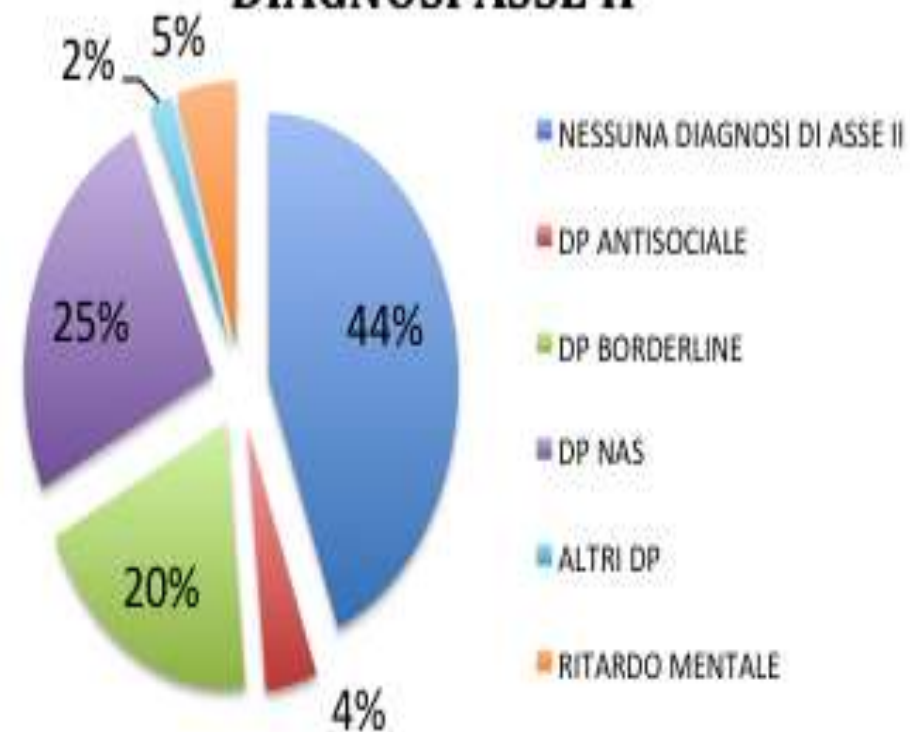
ROP 2010-2015

PAZIENTI VALUTATI SUDDIVISI PER DIAGNOSI

DIAGNOSI ASSE I



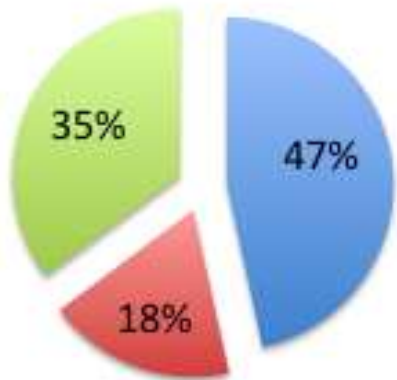
DIAGNOSI ASSE II





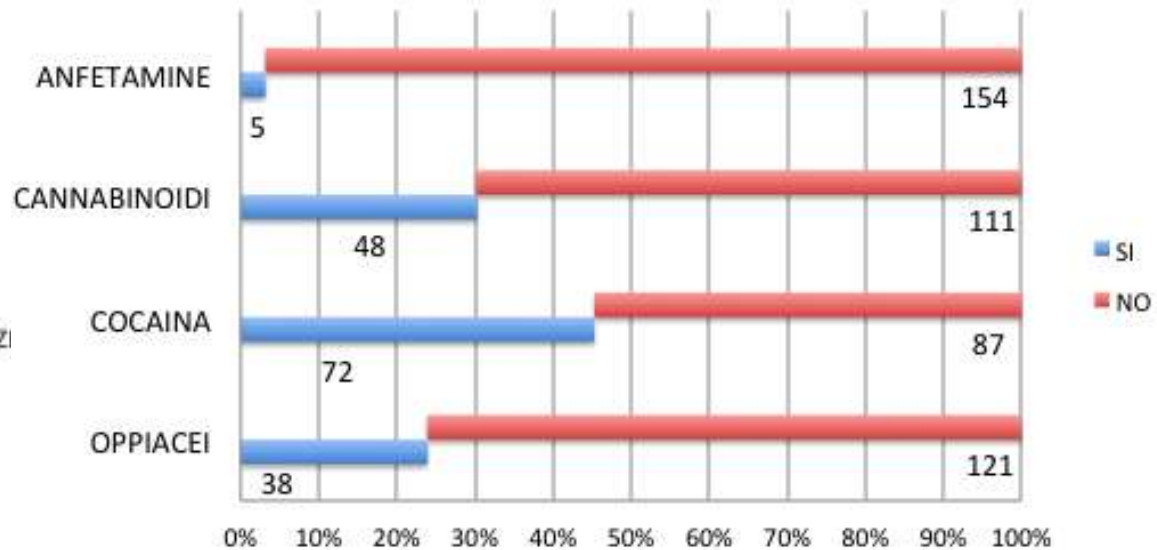
ROP 2010-2015

ASSUNZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI



- NESSUNA
- 1 SOSTANZA
- 2 O + SOSTANZI

SINGOLE SOSTANZE USATE



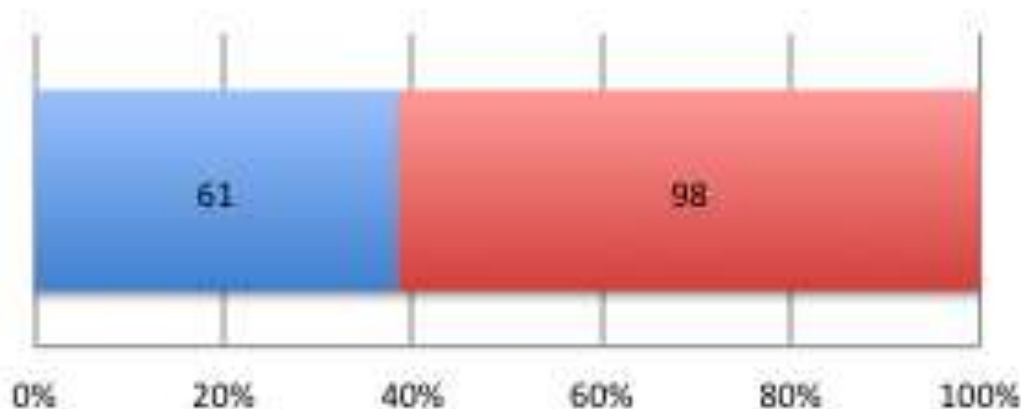
Il 33% del campione manifesta problemi alcol-correlati
Solo il 6% dichiara un misuso di farmaci

ROP 2010-2015

In questi 5 aa di attività sono stati valutati 159 soggetti.

Di questi **61 detenuti hanno avuto ESITO POSITIVO** dell'osservazione (circa 40%);

E 98 detenuti (circa 60%) hanno avuto ESITO NEGATIVO dell'osservazione con rientro verso l'istituto di provenienza o analogo istituto di detenzione.



LE CRITICITA' ATTUALI:

- Riduzione del numero di posti disponibili per l'osservazione psichiatrica (chiusura OPG)
- Mancanza di istituti destinati ad accogliere art. 148

IN LOMBARDIA → DGR X/4716/2016



Criticita' del protocollo di prevenzione e trattamento dell'agito auto-eterolesivo

- Valutazione testale v/s giudizio clinico
- Minor efficacia del trattamento preventivo, con soggetto senza allarme di rischio all'ingresso
- Barriera linguistica
- Posizione giuridica
- Tipologia di istituto
- Risorse (2012/2013: 100-75-60 h/sett)

Criticità

Ser.D. : nonostante il continuo richiamo del DAP alla decarcerizzazione, *il numero delle concessioni delle misure alternative finalizzate alla cura della dipendenza resta molto basso*: 8% delle scarcerazioni della popolazione target.

La predilezione della MdS per l'inserimento in comunità si scontra con l'assenza di posti disponibili;

Molto più numerosi sono gli arresti domiciliari con la medesima finalità: 27% delle scarcerazioni della popolazione target in cui le istanze di cura sono meno definite, poiché manca un programma terapeutico definito

... IL PROBLEMA DEL TEMPO

