

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DETENUTO CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE

Durante la detenzione il paziente verrà preso in carico secondo le indicazioni di seguito riportate.

Al momento dell'ingresso in istituto penitenziario, qualora la persona risultasse già conosciuta da Servizi Psichiatrici territoriali, gli stessi dovranno essere contattati ai fini dell'acquisizione di informazioni anamnestiche utili all'inquadramento clinico e terapeutico del paziente. Tali informazioni potranno essere reperite anche dai precedenti istituti di pena nell'eventualità di pregresse detenzioni, avvalendosi del Sistema Informativo della Sanità Penitenziaria (SISPe).

In previsione della scarcerazione o del rilascio ad una misura alternativa, ai fini della continuità assistenziale, dovrà essere attivato un progetto individuale che tenga conto della condizione sociale della persona detenuta, dell'eventuale residenza successiva alla detenzione e degli eventuali riferimenti con il territorio. Nel caso particolare dello straniero irregolarmente presente sul territorio, la ASST di riferimento dell'istituto penitenziario provvederà, ove necessario, alla preventiva attivazione di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che lo rende identificabile per l'erogazione delle prestazioni sanitarie essenziali.

Ai fini della tracciamento del percorso di cura avviato, tutte le persone detenute prese in carico da parte dei professionisti della salute mentale devono essere registrate nel Sistema Informativo di Psichiatria della Regione Lombardia (SIPRL).

Percorsi di salute mentale nell'istituto penitenziario

L'approccio terapeutico-assistenziale-riabilitativo alle persone con problemi psichici presenti negli istituti penitenziari lombardi si basa sulle seguenti tre tipologie di intervento.

Consulenza, per lo più riferita al trattamento sintomatico di disturbi psichici di natura transitoria e di lieve entità che non necessitano di cure specialistiche continuative. Tale attività viene erogata su segnalazione e in continuità con le altre discipline specialistiche (SerD, Psicologia clinica) e con l'area medica.

Presa in cura, si riferisce alla gestione delle forme più o meno gravi di disagio psichico che spesso si manifestano in funzione della detenzione, soprattutto nelle prime fasi della carcerazione o in concomitanza ad eventi sfavorevoli. La presa in cura avrà un tempo definito e durerà fino alla risoluzione del quadro psicopatologico e il superamento della fase di disadattamento.

Presa in carico, rivolta alle persone detenute affette da un disturbo psichiatrico maggiore e con bisogni complessi che necessitano di un percorso di trattamento integrato da parte di una équipe multiprofessionale e che accompagna la persona dall'inquadramento diagnostico-terapeutico per tutto il tempo della

detenzione. La presa in carico intramuraria integrata vede l'erogazione di interventi di natura sanitaria, riabilitativa e assistenziale che dovrà essere monitorata nel corso di tutta la durata della detenzione attraverso periodiche riunioni di équipe.

Quando la definizione del quadro complessivo del paziente preso in carico rilevasse la necessità del riconoscimento dell'invalidità civile o dell'eventuale nomina di un amministratore di sostegno, si darà corso all'avvio delle procedure necessarie all'attivazione di tali istituti.

Nella fase di uscita, in considerazione dei bisogni complessi e della vulnerabilità sociale, dovrà essere predisposta un'adeguata pianificazione del progetto individuale che garantisca la continuità della presa in carico territoriale atta a prevenire il più possibile la recidiva di malattia e di comportamento deviante ad esso correlato.

Tutti i livelli sopra descritti comprendono la valutazione del rischio suicidario/autolesivo e la sua gestione multidisciplinare da parte di professionisti sia dell'area sanitaria che non sanitaria anche in coerenza con gli specifici protocolli presenti in ciascun istituto penitenziario.

Qualora si presentino manifestazioni psicopatologiche acute, dovranno essere prese in considerazione le diverse strategie di intervento possibili ed individuate le più appropriate; di regola, possono prevedere la valutazione e la praticabilità di un ricovero in ambiente ospedaliero. Quando la collocazione dell'istituto lo consente, il ricovero dovrà avvenire preferibilmente presso l'ASST/IRCCS che ha già in carico il paziente e, in subordine, presso la struttura ospedaliera associata all'istituto penitenziario.

In caso si renda necessario un ricovero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), verrà effettuato presso l'SPDC corrispondente all'istituto penitenziario.

Nel caso non sussistano le condizioni per effettuare un ricovero ospedaliero, potrà essere preso in considerazione il Trattamento Sanitario Obbligatorio extraospedaliero che avrà come unico scopo la somministrazione della terapia dell'istituto penitenziario.

Le procedure di attivazione e gestione del TSO con ricovero ospedaliero e del TSO extraospedaliero devono essere declinate in specifici protocolli, redatti dalle ASST/IRCCS a cui afferiscono gli istituti penitenziari, coerenti con quanto disposto dalle normative vigenti nonché dalle indicazioni regionali.

Richiamando la procedura relativa alla esecuzione degli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in ambito regionale di cui alle note regionali prot. n. G1.2018.0038920 del 13/12/2018 e prot. n. G1.2021.0011258 del 22/02/2022, per i TSO extraospedalieri la proposta potrà essere effettuata da qualunque medico o specialista interno all'istituto, ma la convalida dovrà essere effettuata unicamente da uno psichiatra, interno od esterno all'Istituto, purché dipendente da una ASST/IRCCS.

Qualora si ravvisi nella persona interessata la sopravvenienza di una infermità psichica che non comporti l'applicazione di una misura di sicurezza verrà valutato il suo inserimento in ATSM ai sensi dell'art. 111 DPR 230/200. Analogamente si opererà nei casi di soggetti condannati per vizio parziale di mente quando le loro

condizioni siano incompatibili con la permanenza in istituto ordinario.

Reparto con Assistenza Psichiatrica Intensificata (API)

Criteri per l'ingresso nel reparto API

1. la presenza di un disturbo psichiatrico di tipo psicotico diagnosticato,
2. la presenza di patologia psicorganica (demenza/sindrome psicorganica/disabilità cognitiva certificata)
3. pazienti in attesa di REMS
4. co-morbidità con disturbi correlati all'uso di sostanze solo se stabilizzata, certificata, in carico attivo al SerD intra-murario e secondaria alla condizione psichiatrica come gravità nel quadro clinico presentato.

Il trasferimento del paziente presso un istituto penitenziario dotato di API avviene solo previa stabilizzazione del quadro clinico che potrà realizzarsi anche attraverso un ricovero in SPDC disposto dall'équipe medica dell'istituto inviante.

Criteri di esclusione

1. la presenza attuale di disturbi del comportamento eteroaggressivi ed eccessiva impulsività non correlati ad un disturbo psichiatrico primario;
2. la presenza di acuzie psichiatrica (che andrà prima stabilizzata).

L'assegnazione da parte del PRAP ad un istituto penitenziario dotato di Articolazione per la Salute mentale o di reparto di Assistenza Psichiatrica Intensificata sarà preceduta da una valutazione della UOSP regionale sulla base di una relazione psichiatrica e non comporterà l'automatica assegnazione del paziente detenuto al reparto API, assegnazione che sarà subordinata alla valutazione clinica da parte dell'Equipe Psichiatrica multidisciplinare del reparto stesso.

Analoga valutazione sarà effettuata nel caso venga proposto un trasferimento interno a partire da una sezione ordinaria verso il reparto API intramurario.

I reparti API presenti negli istituti di Pavia, Monza e Milano San Vittore devono essere allocati in apposite sezioni o aree identificate dalle rispettive ASST/IRCCS. Essi presentano delle specificità in relazione alle caratteristiche degli istituti stessi come qui di seguito sintetizzato.

Presso la Casa Circondariale di Pavia, ove già è in funzione l'ATSM, il reparto API ospita:

- pazienti/detenuti il cui quadro clinico è sufficientemente compensato a seguito dei trattamenti ricevuti in ATSM, ma che non possono essere ancora collocati nelle sezioni ordinarie per motivi clinici e per i quali non è praticabile l'invio in una struttura residenziale extramuraria;
- pazienti/detenuti non meritevoli di applicazione di Art. 111 (Determinazione al reato di persona non imputabile o non punibile) perché il disturbo psicopatologico non è così pervasivo, ma è comunque disfunzionale alla permanenza in una sezione ordinaria.

Presso la Casa Circondariale di Monza, dove è già attivo il reparto di osservazione psichiatrica (ROP) finalizzata all'accertamento delle infermità psichiche ex art. 112 DPR 230/2000, il reparto API ospita pazienti/detenuti:

- che, a seguito del periodo di Osservazione Psichiatrica di 30 giorni, hanno ricevuto una diagnosi di disturbo psichiatrico maggiore ed in condizione di stabilizzazione clinica, salvo diversi accordi con i curanti invianti rispetto al rientro nell'Istituto di provenienza o all'invio in altro luogo di cura/assistenza;
- già presenti in Istituto e affetti da un disturbo mentale maggiore.

I detenuti della Casa Circondariale San Vittore di Milano si caratterizzano per la grande eterogeneità etnica e culturale e per specifiche problematiche di continuità assistenziale.

Il reparto API:

- ha come obiettivo generale la presa in carico multidisciplinare delle persone affette da patologie psichiatriche maggiori;
- ha come obiettivo specifico l'avvio di percorsi assistenziali, terapeutici e riabilitativi intramurari allo scopo di prevenire le recidive di malattia e di comportamento deviante e di promuovere il reinserimento sociale della persona sul territorio.

La permanenza in API non coincide necessariamente con la durata della carcerazione, ma potrà essere interrotta per ragioni cliniche (scompenso acuto), giuridiche (avvio a percorsi alternativi), disciplinari (eteroaggressività), o per rientro nell'istituto di provenienza quando il quadro clinico si sia stabilizzato.

Al termine del periodo di permanenza in API, potrà essere rivalutato il rientro del detenuto presso l'istituto penitenziario di provenienza e, in tal caso, l'équipe psichiatrica del reparto API informerà la UOSP regionale al fine di verificare, congiuntamente all'Ufficio IV Detenuti e Trattamento del Provveditorato Regionale, se il rientro debba avvenire presso l'istituto inviante o in altra sede; per tale valutazione si prende anche in considerazione l'elemento della prossimità territoriale al contesto di vita sociale del detenuto.

In ogni caso, al momento del trasferimento, l'équipe del reparto API avvia i raccordi utili e necessari con l'istituto di destinazione, l'Equipe Forense (dove presente), i Servizi Psichiatrici Territoriali di riferimento, e ogni altro Servizio coinvolto nella presa in carico della persona.