



Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare



Manual pentru personalul
medical și alți angajați ai
penitenciarelor, responsabili
de bunăstarea deținuților

Andres Lehtmets
Jörg Pont

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare

**Manual pentru
personalul medical și alți angajați
ai penitenciarelor, responsabili
de bunăstarea deținuților**

Andres Lehtmetts
Jörg Pont

Consiliul Europei

Versiunea română este publicată cu suportul financiar
al Proiectului Consiliului Europei "Susținerea reformei justiției penale
în Republica Moldova", finanțat de Guvernul Danemarcei



*Opiniile exprimate în prezenta lucrare
reprezintă responsabilitatea autorilor
și nu reflectă neapărat politica oficială
a Consiliului Europei.*

Toate solicitările privind reproducerea
sau traducerea integrală sau parțială
a prezentului document trebuie
să fie adresate Direcției
pentru Comunicații (F-67075
Strasbourg

Cedex sau publishing@coe.int).

Orice altă corespondență
privind prezentul document
trebuie să fie adresată

Direcției Generale
a Drepturilor Omului
și a Statului de Drept.

Coperta: SPDP, Consiliul Europei
Fotografii copertă: Shutterstock
Formatare: Jouve

Autori:

DI Andres Lehtmets, psihiatru,
Spitalul Central West Tallinn, Estonia,
fost vicepreședinte al
Comitetului European pentru
Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau
Tratamentelor Inumane ori Degradante

DI Jörg Pont, fost consilier medical
în cadrul Ministerului de Justiție
din Austria

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Lehtmets, Andres.

Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare: Manual pentru personalul
medical și alți angajați ai penitenciarelor, responsabili de bunăstarea
deținuților / Andres Lehtmets, Jörg Pont; Consiliul Europei. – Chișinău:

S. n., 2016 (I.S. F.E.-P. „Tipografia Centrală”). – 88 p.

100 ex.

ISBN 978-9975-53-610-3.

[614.253+616.08]:343.82

L 41

© Consiliul Europei, versiune în limba engleză, 2014

© Consiliul Europei, versiune în limba română, 2016

Cuprins

PREAMBUL	5
LISTA ABREVIERILOR	7
CAPITOLUL 1 – ETICA MEDICALĂ ÎN PENITENCIARE	9
1.1. Niveluri de servicii medicale în penitenciare	10
1.2. Promovarea igienei și a sănătății	11
1.3. Confidențialitatea medicală	12
1.4. Consultații medicale	14
1.5. Documentația medicală și păstrarea evidențelor	21
1.6. Alte aspecte etice	24
CAPITOLUL 2 – ASISTENȚA PSIHIATRICĂ ȘI PROTOCOALE DE TRATAMENT – ACTIVITĂȚI PSIHOSOCIALE TERAPEUTICE ȘI DE REABILITARE ÎN PENITENCIARE	29
2.1. Servicii de sănătate mentală în penitenciare	30
2.2. Unități de psihiatrie în penitenciare	32
2.3. Protocolul de tratament	33
2.4. Consimțământul pentru tratament în psihiatrie	36
2.5. Prevenirea suicidelor	39
2.6. Alte probleme de sănătate mentală în penitenciare	41
2.7. Diagnosticul dublu în penitenciare	48
2.8. Deținuții cu tulburări de personalitate	50
CAPITOLUL 3 - PREVENIREA RĂSPÂNDIRII VIRUSULUI HIV/SIDA ȘI A HEPATITEI B/C ÎN PENITENCIARE	53
3.1. Contextul epidemiologic	53
3.2. Documente internaționale	54
3.3. Îmbunătățirea atitudinilor și a cunoștințelor	55
3.4. Reducerea ofertei și cererii de droguri	57
3.5. Reducerea efectelor dăunătoare ale comportamentului riscant	60
3.6. Intervenții medicale preventive	63
CAPITOLUL 4 - EPIDEMIA DUBLĂ: HIV/SIDA ȘI TUBERCULOZA (TB)	65
CAPITOLUL 5 - DROGURI PSIHOACTIVE ȘI GESTIONAREA MEDICALĂ A DEȚINUȚILOR DEPENDENȚI DE DROGURI	71
5.1. Droguri psihoactive	71
5.2. Dependența fizică și psihică de droguri	73
5.3. Gestionarea medicală a deținuților dependenți de droguri	76
LISTA SITE-URILOR DE REFERINȚĂ	81

Preambul

Prezentul manual se adresează personalului medical și altor angajați ai penitenciarelor, responsabili pentru bunăstarea deținuților. Acesta oferă informații practice cu privire la o serie de aspecte legate de asistența psihiatrică, profilaxia bolilor transmisibile (precum sindromul imunodeficienței dobândite, hepatita și tuberculoza), droguri psihoactive și gestionarea medicală a deținuților dependenți de droguri. Textul evidențiază importante standarde etice și sugerează răspunsuri la controverse etice legate de accesul la un medic, echivalența îngrijirii, consimțământul pacientului și confidențialitatea, asistența medicală preventivă, asistența umanitară, independența și competența profesională.

Acest manual conține bune practici din Europa. Autorii au apelat la rezultatele reuniunii multilaterale privind etica medicală și asistența medicală în penitenciare, care a avut loc la Strasbourg în mai 2012. În cadrul reuniunii respective, înalți funcționari și profesioniști, responsabili de asistența medicală în penitenciare din mai multe state membre ale Consiliului Europei, și-au împărtășit experiența și au abordat modalitățile de punere în practică a normelor Consiliului Europei și a recomandărilor Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane ori Degradante (CPT).

Manualul este conceput ca un ghid despre politici și un instrument de gestionare. Acesta va fi utilizat ca suport de instruire în cadrul activităților de cooperare tehnică ale Consiliului Europei. Serviciile medicale pentru persoanele private de libertate prezintă relevanță directă pentru mandatul CPT. Asistența medicală necorespunzătoare poate conduce rapid la situații de tratamente inumane și degradante, în timp ce personalul medical și cel non-medical din penitenciare, care posedă cunoștințe profesionale și competențe mai bune, înseamnă un mediu mai sănătos și mai sigur pentru

deținuți și angajații penitenciarelor, precum și o mai bună protecție a publicului prin reducerea riscurilor de transferare a problemelor de sănătate din penitenciare în comunitate.

Aș dori să prezint mulțumiri autorilor, dlui Andres Lehmetz, psihiatru în cadrul Spitalului Central West Tallinn din Estonia, fost vicepreședinte al CPT, și dlui Jorg Pont, fost consilier medical în cadrul Ministerului de Justiție din Austria, al căror profesionalism excelent și experiență îndelungată se reflectă în acest manual. Adresez, totodată, mulțumiri colegilor mei, Luljeta Kasa și Tanja Rakusic-Hadzic, ale căror eforturi au făcut posibilă lansarea acestei publicații.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized first name and a more formal last name.

Philippe Boillat
Director General
Direcția Generală
Drepturile Omului și Statul de Drept
Consiliul European

Lista abrevierilor

CDC	Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (SUA)
CM	Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei
CPT	Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și Pedepselor sau Tratatelor Inumane ori Degradante
DSM-IV	Manual statistic și de diagnosticare a bolilor mentale (APA, 1994)
CEDO	Convenția Europeană a Drepturilor Omului
EMCDDA	Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie
EPR	Regulile penitenciare europene
ICD-10	Clasificarea internațională a bolilor, versiunea 10 (OMS, 2010)
ICRC	Comitetul Internațional al Crucii Roșii
NICE	Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică
TBCTA	Coaliția Europeană de combatere a tuberculozei pentru asigurarea asistenței tehnice
UNAIDS	Programul comun al Organizației Națiunilor Unite privind HIV/SIDA
UNODC	Biroul Organizației Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
WMA	Asociația Medicală Mondială

Capitolul 1

Etica medicală în penitenciare

Asistența medicală în penitenciare este ghidată după aceleași principii etice ca și în comunitate. Principiile de bază sunt stabilite prin Declarația de la Geneva a Asociației Medicale Mondiale (1948, ultima versiune în 2006), Codul Internațional de Etică Medicală (1949, ultima versiune în 2006),¹ Hotărârea nr. 37/194 (din 18 decembrie 1982) a Adunării Generale a Națiunilor Unite și Recomandarea nr. R (1998) 7 din 8 aprilie 1998² a Comitetului de Miniștri ai Consiliului Europei privind aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare.

Sarcina principală a unui medic de penitenciar și a altor angajați în domeniul asistenței medicale este să asigure sănătatea și bunăstarea deținuților. Respectarea drepturilor fundamentale ale deținuților presupune acordarea tratamentului preventiv și a asistenței medicale deținuților, ambele într-o măsură echivalentă cu cele acordate comunității.

Serviciile medicale pentru persoanele private de libertate prezintă, totodată, relevanță pentru prevenirea relor tratamente. Un nivel necorespunzător de asistență medicală poate duce rapid la situații care intră în sfera de aplicare a termenului „tratament inuman și degradant”.³ Obligarea deținuților să stea într-un spațiu, în care nu pot să primească un tratament adecvat din cauza lipsei unor unități corespunzătoare sau din cauză că astfel de unități refuză să îi primească, este inacceptabilă. În mai multe astfel de situații, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat o încălcare a articolului 3 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (CEDO).⁴

1. Declarația AMM de la Geneva (1948); Codul Internațional de Etică Medicală al AMM (2006).
2. ONU: Principii de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în protejarea prizonierilor și a deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante (1982); CM: *Aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare*. Recomandarea nr. R (1998) 7.
3. Normele 2002 (rev. 2011) ale Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și Tratamentelor sau Pedepselor Inumane ori Degradante.
4. *Khudobin c. Rusiei* 59696/00, *Mouisel c. Franței* 67263/01, *Kaprykowski c. Poloniei* 23052/05.

1.1. Niveluri de servicii medicale în penitenciare

Este evident faptul că penitenciarul nu poate să corespundă tuturor cerințelor posibile de asistență medicală ale deținuților. Acest lucru este valabil mai ales în cazul serviciilor de specialitate. Serviciile medicale care nu pot fi furnizate în penitenciare trebuie să fie prevăzute în colaborare cu spitalele comunitare învecinate. Secțiunea de fundamentare din cel de-al treilea raport general al Comitetului European pentru Prevenirea Torturii și Tratatelor sau Pedepselor Inumane ori Degradante (CPT) prezintă organizarea serviciilor medicale într-un penitenciar.⁵ Serviciile medicale din penitenciare trebuie să aibă capacitatea de a asigura cel puțin:

- consultații generale și de specialitate regulate;
- tratament sub supraveghere în ambulatoriu;
- servicii stomatologice;
- o infirmerie;
- sprijin direct din partea unui serviciu cu dotare completă dintr-un spital civil sau de penitenciar;
- intervenții pentru situații de urgență.

Există o tendință ascendentă de a integra asistența medicală din penitenciare în serviciile medicale comunitare. Această evoluție a fost considerată a fi un pas în direcția corectă de către Consiliul Europei. Atunci când serviciul medical din penitenciar se bazează pe asistența medicală de specialitate din afara penitenciarului, disponibilitatea acestor servicii poate deveni o problemă. Serviciul din penitenciar trebuie să se asigure că orele de program și calificările medicilor curanți respectă cerințele penitenciarului. Prezența asistenților medicali trebuie să asigure posibilitatea de acordare a oricărei asistențe medicale necesare. Spre exemplu, medicamentele ar trebui să fie distribuite, de preferat întotdeauna, de către asistenții medicali. Dacă acest lucru nu este posibil, autoritățile trebuie să întocmească cel puțin o listă a medicamentelor care trebuie să fie întotdeauna distribuite numai sub supravegherea personalului medical, cum ar fi cel puțin medicamentele psihotrope și medicamentele antivirale. În cazurile în care nu există personal medical disponibil la fața locului, noaptea și la finaluri de săptămână, personalul trebuie să fie instruit în acordarea primului ajutor. De regulă, trebuie să existe un medic de gardă pentru situații de urgență.

5. CPT/Inf (2012)21.

Echivalența îngrijirii

Un serviciu medical din penitenciar trebuie să aibă capacitatea de a asigura un tratament medical și asistență medicală, precum și diete, psihoterapie, reabilitare sau alte îngrijiri speciale necesare în condiții comparabile cu cele oferite pacienților din comunitate. Furnizarea serviciilor de către personalul medical, asistenții medicali și personalul tehnic, precum și asigurarea sediului, a instalațiilor și echipamentelor trebuie să se efectueze cu echipamente corespunzătoare.

Tratarea deținuților în spitale civile

Așa cum s-a menționat anterior, penitenciarul în sine nu poate garanta întotdeauna întreaga asistență de specialitate necesară. Deseori este necesar să se recurgă la spitalele învecinate pentru a soluționa problemele medicale mai dificile. În cazul în care se recurge la un spital civil, va apărea problema măsurilor de securitate. Deținuții trimiși la spital pentru tratament nu trebuie imobilizați de paturi sau alte mobile din motive de detenție. Alte mijloace de asigurare a securității pot și trebuie să fie găsite; crearea unei unități de detenție în astfel de spitale poate fi o soluție.⁶

1.2. Promovarea igienei și a sănătății

Sarcina serviciului medical din penitenciar nu trebuie să se limiteze la tratarea pacienților bolnavi. În absența unui serviciu de specialitate, serviciile de asistență medicală din închisori, în colaborare cu alte autorități, au responsabilitatea de a supraveghea condițiile alimentare (cantitatea, calitatea, pregătirea și distribuirea hranei) și de igienă (curățenia hainelor și păturilor, accesul la apă curentă, instalațiile sanitare), cât și încălzirea, iluminarea și ventilația celulelor. Munca și exercițiile în afara celulei trebuie, de asemenea, luate în considerare. Serviciile medicale din penitenciare trebuie să cuprindă și igiena mentală, mai ales prevenirea efectelor psihologice dăunătoare ale anumitor aspecte ale detenției. Insalubritatea, suprapopularea, izolarea prelungită și inactivitatea pot necesita atât asistență medicală pentru un deținut, cât și o acțiune medicală de ordin general a autorității responsabile.⁷

6. CPT/Inf (2012)13.

7. CPT/Inf (2012)4.

Accesul la un medic

În timpul custodiei, deținuții trebuie să aibă oricând acces la medic, indiferent de regimul de detenție la care sunt supuși. Acest lucru este în mod special important atunci când persoana a fost plasată în regim de încarcerare solitară. Serviciul medical trebuie să asigure îndeplinirea fără întârziere nejustificată a solicitărilor de consultare a unui medic. În ceea ce privește consultarea ambulatorie, aceasta trebuie supervizată de personalul medical; în multe cazuri nu este suficient ca urmărirea medicală să fie lăsată la inițiativa deținutului. Tratamentul medical de monitorizare trebuie să fie planificat în mod corespunzător.

Accesul la tratament

Tratamentul trebuie să fie asigurat deținuților în funcție de starea lor de sănătate. Și în acest caz se aplică principiul echivalenței îngrijirii. Fondurile alocate penitenciarelor trebuie să fie suficiente pentru a permite asigurarea gratuită a tratamentului deținuților care nu dețin o asigurare medicală sau care nu au resursele necesare pentru a plăti personal pentru aceasta. Nu trebuie să existe vreo întrerupere (în cazul unui transfer de la o unitate la alta) pentru a asigura continuitatea tratamentelor pe termen lung.⁸

1.3. Confidențialitatea medicală

Cu excepția urgențelor, fiecare examinare/consultație medicală trebuie să fie realizată într-un cabinet de consultații medicale, pentru a crea atmosfera de confidențialitate, viață privată și demnitate. Confidențialitatea medicală trebuie să fie garantată și respectată cu aceeași rigoare ca în cazul populației generale. Deținuții trebuie să fie examinați individual, nu în grupuri. Nicio terță persoană fără specializare medicală (alți deținuți sau personal nemedical) nu trebuie să fie prezentă în camera de examinare. Deținuții nu trebuie să fie încătușați în timpul examinării/consultației, iar ofițerii de securitate trebuie să stea în timpul examinării fizice în afara câmpului sonor și vizual, cu excepția cazului în care medicul sau asistentul medical solicită altfel din motive de siguranță și securitate.⁹ În mai multe rapoarte de țară, elaborate în urma vizitelor CPT, au fost criticate practicile care nu respectă aceste norme.¹⁰ Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat că s-a

8. CPT/Inf (99)18.

9. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

10. CPT/Inf (2007)47; (2008)3; (2010)1; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

produs o încălcare a articolului 3 din CEDO, mai exact tratamentul inuman și degradant¹¹, în cazul aplicării cătușelor deținuților în timpul examinărilor și al tratamentelor medicale.

Se pot găsi și trebuie să se găsească soluții alternative pentru a asigura concordanța dintre cerințele legitime de securitate și principiul confidențialității medicale. O posibilitate ar fi instalarea unui sistem de apellare pentru ca medicul să poată alerta rapid ofițerii din penitenciare în acele cazuri excepționale în care un deținut devine agitat sau amenințător în timpul unei examinări medicale.¹²

Decizia finală privind practicile îndoielnice din punct de vedere etic referitoare la utilizarea cătușelor și interviuarea din spatele geamului trebuie să aparțină personalului medical. Camerele de examinare trebuie să fie sigure, prin urmare, trebuie să fie dotate în așa fel încât să se limiteze riscurile de evadare; prin aceasta, se întrunesc, totodată, preocupările de securitate.

Atunci când personalul penitenciarului este însărcinat cu distribuirea medicamentelor către deținuți, personalul medical trebuie să ambaleze în prealabil medicamentele în organizatoare de medicamente. Pentru a păstra confidențialitatea medicală, personalul care distribuie medicamentele nu trebuie să cunoască denumirea și doza medicamentelor.

Păstrarea fișelor medicale ale deținuților face parte din responsabilitatea medicului. În eventualitatea transferului, fișa trebuie să fie transmisă în mod confidențial – prin transfer sigur de date – medicilor din unitatea primitoare.

Confidențialitatea medic-pacient ca element esențial al eticii medicale

Respectarea confidențialității este esențială pentru asigurarea unei atmosfere de încredere, care este necesară pentru relația medic-pacient; este datoria medicului să asigure o astfel de relație și să decidă asupra modului de respectare a regulilor de confidențialitate într-un anumit caz. Un medic din penitenciar își îndeplinește sarcinile asemenea unui medic personal al unui pacient. Deținuții trebuie să aibă posibilitatea de a apela la serviciul de asistență medicală în regim de confidențialitate, spre exemplu, printr-un mesaj într-un plic sigilat. Ofițerii din penitenciare nu trebuie să monitorizeze solicitările privind consultațiile medicale.

11. *Mouisel c. Franța* 67263/01 și *Tariyeva c. Rusiei* 4353/03.

12. CPT/Inf (2007)47.

O situație dificilă apare atunci când decizia pacientului intră în conflict cu obligația generală de îngrijire a medicului. Acest lucru poate apărea când pacientul este influențat de propria credință (de exemplu: refuzul de a i se face transfuzie) sau când intenționează să-și utilizeze corpul ori chiar să se automutileze pentru a-și sublinia solicitările, a protesta împotriva unei autorități sau să-și demonstreze sprijinul pentru o cauză.

1.4. Consultații medicale

Conform alineatului (42) punctele (1) - (3) (Obligațiile medicului) din Recomandarea 2006(2) a Comitetului de Miniștri referitoare la regulile penitenciare europene (EPR), medicul trebuie să consulte fiecare deținut cât mai repede posibil de la încarcerare, ori de câte ori deținuții acuză îmbolnăvirea, după rănire sau violență și înainte de liberare. Dacă medicul nu poate să consulte noul deținut sau pacientul deținut în timp util, acesta trebuie să se asigure că un alt medic sau un asistent medical calificat îl înlocuiește.¹³ Ori de câte ori acest lucru nu este posibil din cauza insuficienței personalului medical și/sau supraaglomerării în penitenciare, s-ar încălca primul dintre cele șapte principii esențiale ale CPT – accesul la un medic. Personalul medical are responsabilitatea de a solicita personal suplimentar dacă este necesar și să documenteze această solicitare. Cu ocazia vizitelor sale în fiecare țară, CPT a identificat în mod repetat în multe țări insuficiența membrilor personalului medical în penitenciare. Urmările insuficienței personalului medical, lipsa acestuia sau întârzierea efectuării examinărilor medicale, a consultațiilor sau a acordării îngrijirii pot determina un tratament inuman, o încălcare a articolului 3 din CEDO.¹⁴

Consimțământul pacientului

De regulă, personalul medical nu trebuie să efectueze examinări sau să prescrie tratamente fără consimțământul pacientului. Consimțământul adevărat presupune o informare corectă – „consimțământul în cunoștință de cauză” – care trebuie să țină cont și de analfabetism, dificultăți de înțelegere și bariere lingvistice, probleme care sunt deseori întâlnite în rândul populației din penitenciare și pe care CPT le-a întâlnit cu ocazia mai multor vizite de țară. În cazul lipsei consimțământului sau al unui refuz, medicul trebuie să se asigure că pacientul înțelege implicațiile deciziei sale și că acesta este

13. Consiliul de Miniștri: Recomandarea 2006(2) referitoare la regulile penitenciare europene (revizuită).

14. Pavalache c. României 38746/03; Khudobin c. Rusiei 59696/00, Hummatov c. Azerbaijan 9852/05.

informat că își poate revoca decizia în orice moment. Orice derogare de la principiul consimțământului pacientului se justifică doar dacă aceasta este conformă cu legea, spre exemplu, în cazul pacienților bolnavi psihic care nu au capacitatea de a înțelege consecințele sau în cazurile tratării de urgență a pacienților care și-au pierdut cunoștința. S-a constatat în mod repetat nerespectarea acestui principiu etic în cadrul vizitelor CPT.¹⁵ Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat o încălcare a articolului 3 din CEDO¹⁶ în cazurile intervențiilor medicale fără consimțământul pacientului.

Dreptul de a consimți la tratament

Fiecare pacient cu discernământ este liber să refuze tratamentul sau orice altă intervenție medicală. Orice derogare de la acest principiu fundamental trebuie să se bazeze pe lege și să se refere la circumstanțe excepționale strict definite care sunt aplicabile întregii populații.

Trebuie să se respecte o metodă foarte atentă atunci când este vorba despre studiile biomedicale pe deținuți. Există întotdeauna riscul ca acordul de participare să fie influențat de situația penală. Trebuie să existe măsuri de siguranță pentru a asigura faptul că fiecare deținut afectat își dă consimțământul liber și în cunoștință de cauză. Regulile trebuie să fie aceleași ca și cele care predomină în comunitate.

Consultația medicală la sosire

Trebuie să se sublinieze importanța examenului medical la sosire: scopul principal al acestuia este depistarea precoce a stărilor de sănătate grave, care ar putea necesita luarea de măsuri imediate pentru protejarea sănătății noului deținut și, în cazul bolilor transmisibile, pentru protejarea sănătății populației din penitenciare. Acesta este motivul pentru care, în afară de cazurile excepționale, examenul medical trebuie să fie efectuat în ziua primirii deținutului.¹⁷ Recent, în mai multe rapoarte de țară elaborate de CPT în urma vizitelor s-au constatat întârzieri nejustificate în efectuarea controalelor medicale la sosire¹⁸ sau caracterul superficial și mai puțin complex al acestora¹⁹.

În plus, examenul medical la internare oferă o șansă importantă personalului medical de a câștiga încrederea noului deținut și de a oferi informații despre:

15. CPT/Inf (2008)26, (2009)13, (2010)1, (2011)1, (2011)20.

16. *Nevmerzhitsky c. Ucrainei* 54825/00; *Jalloh c. Germaniei* 54810/00.

17. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

18. CPT/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

19. CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

- confidențialitatea și independența profesională a personalului medical;
- drepturile și responsabilitățile deținuților cu privire la sănătate;
- organizarea serviciilor de asistență medicală și cum, când, unde și de la cine să primească ajutor și consiliere medicală;
- riscul bolilor transmisibile în penitenciar și modul de evitare al acestuia;
- efectuarea de controale pentru depistarea infecțiilor precum tuberculoza, HIV și hepatita B/C;
- orice tratament special și programe de promovare a sănătății prevăzute în închisoare.

Aceste informații trebuie să fie furnizate astfel încât să fie pe deplin înțelese de către deținut. Este necesar să se acorde o atenție deosebită deficiențelor de învățare și analfabetismului, care predomină deseori în rândul populației din penitenciare, precum și barierelor lingvistice. Pliantele cu o bună proiectare grafică și traducerea acestora în limbile relevante vor oferi sprijin suplimentar.

În timpul examenului medical la sosire, medicul sau asistenta medicală se va prezenta noului deținut, inclusiv cu numele și funcția, totodată, trebuie să încerce să creeze o atmosferă de respect, încredere, de protejare a vieții private și demnități. Examenul medical la sosire, asemenea oricărui examen medical inițial din comunitate, trebuie să cuprindă un istoric medical și o examinare fizică amănunțite. Pentru a putea lua măsuri imediate în urma examenului medical la sosirea în penitenciar, trebuie să se acorde o atenție deosebită următoarelor cerințe:

- semne ale unor boli psihice grave;
- factori de risc de suicid;
- istoric și semne ale dependenței de alcool sau droguri și simptome ale abstenenței;
- antecedente și/sau semne ale violenței și reținerii tratamentelor;
- boli contagioase;
- handicap mental sau fizic care determină o anumită stare de vulnerabilitate în penitenciar.

Pacienții care suferă de psihoză acută sau depresie majoră necesită tratament imediat într-o instituție de psihiatrie. De asemenea, deținuții care sunt expuși riscului de suicid necesită sprijin medical imediat și trebuie să fie plasați sub

observație specială.²⁰ Neglijarea identificării unor astfel de pacienți deținuți și/sau a luării de măsuri adecvate a fost criticată în rapoartele de țară ale CPT, elaborate în urma vizitelor.²¹ În astfel de cazuri, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat încălcări ale articolului 2 (dreptul la viață) și/sau ale articolului 3 (interzicerea torturii și a altor pedepse sau tratamente inumane sau degradante) din CEDO.²²

Pacienții care sunt dependenți de droguri psihoactive sunt expuși riscului de a dezvolta un sindrom de adicție care le poate pune viața în pericol în cursul primelor zile de încarcerare. Prin urmare, se impune asistența medicală corespunzătoare. CPT a identificat deficiențe în acest sens cu ocazia mai multor vizite de țară²³ și există cel puțin un caz de sindrom de adicție cu consecințe fatale în jurisprudența Curții de la Strasbourg, care a fost considerat drept o încălcare a articolului 3 din CEDO (interzicerea torturii și a altor pedepse sau tratamente inumane sau degradante).²⁴

Conform legislației din multe țări, precum și normelor CPT,²⁵ alineatul 42 punctul (3) litera (c) din EPR,²⁶ Declarațiilor Asociației Medicale Mondiale (AMM)²⁷ și Protocolului de la Istanbul,²⁸ un medic de penitenciar are obligația de a documenta semnele de violență și, mai ales, orice semne ale relelor tratamente de care ia cunoștință și de a le raporta autorităților cu consimțământul pacientului. Documentația trebuie să fie întocmită fără întârziere, deoarece semnele violenței fizice dispar în timp, și prezentată în mod adecvat în fața

20. Normele CPT din 2002 (rev. 2011); Consiliul de Miniștri: *Aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare*. Recomandarea nr. R (1998) 7.

21. CPT/Inf (2006)3; (2006)24; (2012)11.

22. *Keenan c. Regatului Unit 27229/95; Güveç c. Turciei 70337/01; Riviere c. Franței 33834/03; Renolde c. Franței 5608/05; De Donderand De Clippel c. Belgiei 8595/06; Dybeku c. Albaniei 41153/06; Ketreb c. Franței 38447/09; Mouisel c. Franței 67263/01; Tarariyeva c. Rusiei 4353/03.*

23. CPT/Inf (2004)20; (2006)14; (2007)42; (2012)32.

24. *McGlinchey și alții c. Regatului Unit 50390/99.*

25. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

26. Consiliul de Miniștri: Recomandarea 2006(2) referitoare la regulile penitenciare europene.

27. Asociația Medicală Mondială: *Declarația de la Tokyo. Ghid pentru medici cu privire la tortură și alte tratamente ori pedepse crude, inumane ori degradante în legătură cu detenția și încarcerarea. Tokyo 1975, rev. Divonne-les-Bains (2005); Asociația Medicală Mondială: Declarația privind sprijinul pentru medicii care refuză să participe la sau să accepte aplicarea torturii ori a altor forme de tratamente crude, inumane sau degradante, Hamburg (1997); Asociația Medicală Mondială: Rezoluția privind responsabilitatea medicilor de a denunța actele de tortură sau tratament crud, inuman ori degradant de care au cunoștință, Helsinki (2003).*

28. ONU: Protocolul de la Istanbul. *Manual privind investigarea și documentarea eficientă a torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane ori degradante* (New York/Geneva, 2004).

unei instanțe.²⁹ Astfel de semne trebuie să fie raportate imediat autorităților relevante pentru a preveni continuarea violenței și a relelor tratamente. De asemenea, examinarea fizică la sosire trebuie să vizeze controlul pentru identificarea semnelor de violență sau rele tratamente. În cadrul vizitelor de țară ale CPT, s-a criticat omisiunea repetată de a proceda astfel.³⁰ Acuzațiile de rele tratamente trebuie să fie înregistrate de către medicul penitenciarului și, alături de constatările obiective rezultate în urma examinării medicale și concluzia medicului cu privire la consecvență, trebuie să fie supuse imediat atenției procurorului respectiv.³¹

Efectuarea controalelor pentru depistarea bolilor transmisibile în cursul examinării medicale la sosire este esențială pentru identificarea pacienților care trebuie să fie izolați și pentru prevenirea răspândirii bolii, cum ar fi transmiterea tuberculozei pe cale aeriană. Trebuie să se recurgă la izolarea deținuților din cauza riscului de infecție în penitenciar exact în același mod ca în comunitate³²; așadar, nu se justifică izolarea deținuților din cauza infecției cu HIV sau hepatita B și C. Cu toate acestea, informarea cu privire la riscurile de a contracta aceste infecții în penitenciar, prin oferirea de măsuri pentru reducerea vătămării, lansarea de invitații pentru consiliere și testare voluntară confidențială și, dacă este cazul, aplicarea tratamentului preventiv, trebuie să facă parte din consultația medicală la sosire. Cu ocazia mai multor vizite recente de țară, CPT a criticat lipsa sau insuficiența controalelor pentru depistarea bolilor transmisibile în cadrul examenelor medicale la internare.³³

Persoanele cu afecțiuni psihice sau fizice sunt în mod deosebit vulnerabile la încarcerare. Din cauza handicapului lor, acestea nu înțeleg și/sau nu pot face față condițiilor stricte și rigide ale unei „instituții totale” precum închiisoarea și sunt expuse riscului de abuz psihic sau fizic din partea personalului care nu se ocupă cu îngrijirea, cât și a celorlalți deținuți. Personalul medical are obligația de a identifica la sosire deținuții cu handicap pentru a le oferi asistență umanitară³⁴ și de a recomanda măsuri adecvate pentru a-i proteja. Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat o încălcare a articolului 3 din CEDO³⁵ în cazurile de nerespectare a acestei responsabilități, considerând că aceasta reprezintă un tratament degradant.

29. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

30. CPT/Inf (2009)1; (2009)13; (2009)37; (2010)1; (2010)33; (2011)24; (2012)1.

31. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

32. CPT/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

33. CPT/Inf (2011)26; (2012)1; (2012)4; (2012)11; (2012)15; (2012)17; (2012)32.

34. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

35. *Price c. Regatului Unit* 33394/96.

Având în vedere toate responsabilitățile expuse mai sus ale personalului medical din cadrul examenelor medicale la sosire, este evident că, pentru a îndeplini toate aceste sarcini, trebuie să existe timp suficient pentru fiecare consultație. Mai mult, având în vedere solicitarea ca respectivul examen medical să se efectueze în ziua primirii, este inevitabil faptul că echipa de asistență medicală trebuie să cuprindă suficienți membri în funcție de primirile zilnice în penitenciare, mai ales în instituțiile de arest preventiv. Acest aspect a fost abordat în mod repetat de către CPT și cu ocazia vizitelor de țară recente.³⁶

Fără a menționa despre importanța acesteia, trebuie să se rețină faptul că, de regulă, examenul medical la sosire, asemenea oricărei intervenții medicale, presupune consimțământul pacientului.³⁷ Personalul medical este obligat să ofere un astfel de examen, însă deținutul are dreptul să renunțe la acesta. În cazurile în care se refuză examenul, acest fapt trebuie să fie documentat în fișa medicală a deținutului.

Examenul medical după incidente de violență

Conform Recomandării R (1998) 7 a Consiliului Miniștrilor și normelor CPT, serviciile de asistență medicală din închisori pot contribui la prevenirea violenței împotriva persoanelor reținute prin înregistrarea sistematică a leziunilor observate și, dacă este cazul, prin informarea generală a autorităților în cauză.³⁸

Examenele medicale după incidentele de violență asigură o măsură de protecție fundamentală împotriva maltratării și a impunității, precum și împotriva violenței între deținuți. Aceasta se referă nu doar la efectuarea controalelor pentru identificarea semnelor de violență în timpul examenelor medicale la intrarea în penitenciar, ci și la examenele medicale ulterioare fiecărui incident de violență produs în timpul detenției. Orice acuzație de violență sau maltratare trebuie să fie înregistrată, fiind urmată de un examen medical amănunțit, documentarea medicală a constatărilor și a concluziei medicului, iar acestea trebuie să fie înaintate procurorului respectiv cu consimțământul pacientului drept motive înaintate instanței.³⁹ În plus, fiecare incident de violență trebuie să fie inclus în înregistrările statistice sistematice ale violenței, care sunt efectuate de către personalul medical, pentru a

36. CPT/Inf (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32.

37. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

38. Normele CPT din 2002 (rev. 2011); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

39. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

ajuta autoritățile la evaluarea nivelului de violență dintr-un penitenciar și la elaborarea măsurilor preventive împotriva violenței. Nerespectarea acestor recomandări din neglijență a fost criticată de către CPT cu ocazia mai multor vizite de țară.⁴⁰

Examenul medical înainte de liberare

Conform alineatului (33) punctul (6) din EPR, examenul medical este inclus în pregătirea unui deținut pentru liberare. Acesta trebuie să fie efectuat cât mai aproape de momentul liberării,⁴¹ însă în timp util pentru planificarea corectă a acestuia. Se poate profita de momentul în care deținutul primește raportul medical confidențial, ce conține informații medicale pentru medicul care îl/o va îngriji după liberare, pentru a-i oferi acestuia/acesteia consiliere medicală cu privire la asistența medicală viitoare. Este în mod deosebit important să se informeze deținuții dependenți de droguri cu privire la riscul privind supradoza fatală dacă vor consuma droguri din nou după liberare.⁴² Îngrijirea medicală ulterioară permanentă este importantă mai ales pentru pacienții care urmează un tratament antimicobacterian și antiretroviral, deoarece întreruperea duce la dezvoltarea tuberculozei și a tulpinilor virale rezistente la medicamente în rândul pacienților tratați cu medicație de întreținere pentru afecțiuni psihiatrice sau de întreținere substitutivă pentru dependența de opiacee. Continuarea acestor tratamente s-a dovedit a reduce semnificativ rata excesivă a mortalității în rândul consumatorilor de droguri în prima zi de la liberarea din închisoare.⁴³ Continuarea asistenței medicale în perioada de tranziție din închisoare în comunitate, combinată cu îngrijirea psihosocială, care a fost denumită recent „îngrijire ulterioară” și „îngrijire permanentă”,⁴⁴ trebuie să fie planificată cu mult înainte de liberare, însă examenul medical înainte de liberare joacă un rol important în acest proces.

40. *Slawomir Musial c. Poloniei* 28300/06, *Aerts c. Belgiei* 25357/94.

41. Consiliul de Miniștri: Recomandarea 2006(2) referitoare la regulile penitenciare europene.

42. OMS Europa: *Prevenirea problemei acute a mortalității asociate drogurilor în rândul populației din penitenciare în perioada imediat următoare eliberării* (2010).

43. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

44. Activități de îngrijire permanentă în parteneriat: *Servicii de îngrijire permanentă pentru deținuți cu probleme legate de consumul de droguri*, ed. M. MacDonald și alții, Comisia Europeană (2012).

1.5. Documentația medicală și păstrarea evidențelor

S-ar putea susține că, dată fiind insuficiența personalului medical și volumul de lucru excesiv al acestuia, timpul lui limitat trebuie să fie, în primul rând, destinat asistenței medicale imediate a pacienților, apoi documentării sau formalităților administrative. Cu toate acestea, o documentare amănunțită și păstrarea evidențelor sunt esențiale pentru o îngrijire calificată a pacientului și continuarea acesteia nu doar în interesul pacientului, ci și în interesul personalului medical și al administrației penitenciarelor. Acuzațiile privind îngrijirea medicală defectuoasă pot fi prezentate Curții Europene a Drepturilor Omului, dacă nu există o documentare medicală corectă care să dovedească contrariul.⁴⁵

O fișă medicală trebuie completată pentru fiecare pacient, conținând atât diagnosticul, cât și evoluția pacientului împreună cu examinările speciale avute. Registrele zilnice trebuie ținute de echipele de îngrijire a sănătății, cu menționarea incidentelor speciale survenite la deținut. Astfel de registre sunt utile pentru informațiile de ansamblu pe care le pot oferi privind situația îngrijirii medicale din închisoare, punând în evidență problemele specifice ce pot apărea.

Deținutului trebuie să i se permită să ia cunoștință despre fișa medicală, cu excepția cazului când există o contraindicație de ordin terapeutic și să ceară ca informațiile cuprinse în aceasta să fie comunicate familiei sau avocatului său. În cazul unui transfer, fișa trebuie transmisă medicilor din instituția la care va ajunge deținutul.⁴⁶

Documentarea individuală a fișei medicale

Conform legii privind asistența medicală din majoritatea țărilor și principiului echivalenței îngrijirii, personalul medical din penitenciare este obligat să întocmească și să păstreze o fișă medicală pentru fiecare deținut.

Fișa trebuie să includă istoricul medical complet, rezultatele examenelor medicale la sosire, toate fișele medicale disponibile ale pacientului, inclusiv toate consultațiile solicitate de către pacient, alături de constatările și sfaturile medicului și tratamentul prescris. Toate înregistrările scrise trebuie să fie semnate. Cu ocazia mai multor vizite în penitenciare, CPT a identificat

45. *Malenko c. Ucrainei* 18660/03.

46. CPT/Inf (2009)38.

și a criticat existența unor fișe medicale incomplete sau lipsa acestora.⁴⁷ În toate penitenciarele unei țări trebuie să se utilizeze fișe medicale standardizate pentru a facilita transferul informațiilor medicale între medicii din penitenciare atunci când deținuții sunt transferați în alte unități de detenție. O importanță aparte se acordă documentării atente și detaliate a:

- examinării la sosire;
- informațiilor privind orice diagnostice care implică consecințe grave ale prognosticării, tratării sau transmiterii de boli;
- urgențelor medicale;
- informațiilor privind examenele medicale sau tratamentele cu posibile efecte secundare nedorite;
- consimțământului în cunoștință de cauză și a inexistenței consimțământului sau refuzului de a consimți examenul medical sau tratamentul recomandat;
- oricăror înregistrări ale urmelor de violență;
- oricăror împrejurări atunci când se încalcă confidențialitatea medicală sau consimțământul pacientului.

Pacienții trebuie să primească explicații despre diagnostic, prognostic, recomandări privind tratamentul, alternative de tratament, efecte secundare ale tratamentelor și orice riscuri asociate lipsei tratamentului, pentru ca aceștia să își poată exprima sau nu consimțământul în cunoștință de cauză. Informațiile oferite deținutului trebuie să fie documentate în fișa pacientului. În cazul procedurilor sau tratamentelor medicale invazive cu efecte secundare determinate nedorite, trebuie să se solicite consimțământul scris al pacientului.

Numai medicii, asistenții medicali și alt personal medical care sunt angajați să respecte confidențialitatea medicală pot avea acces la fișele medicale, acestea trebuind să fie încuiate și ținute separat de fișele administrative individuale ale deținuților. Medicii sau asistenții medicali din penitenciare nu trebuie să permită niciodată divulgarea datelor medicale despre pacienți administrației penitenciarului sau terților fără consimțământul explicit al pacientului. Excepții de la această regulă pot fi: un ordin judecătoresc (în acest caz, medicul trebuie să predea informațiile direct judecătorului) și cazurile rare în care medicul trebuie să decidă să încalce confidențialitatea pentru a proteja un drept legal solid, cum ar fi salvarea sănătății sau vieții unei alte

47. CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

persoane. În ambele cazuri, medicul trebuie să informeze pacientul deținut în mod corespunzător. Cu ocazia vizitelor sale de țară, CPT a evidențiat în mod constant necesitatea de îmbunătățire a confidențialității fișelor medicale ale deținuților.⁴⁸ Mai multe state sunt în curs de instalare a unui sistem electronic de evidență medicală, însă acesta trebuie să fie prevăzut cu măsuri de protecție pentru ca numai personalul medical să aibă acces la datele medicale despre pacienții individuali.

Solicitarea din partea unui pacient deținut de a avea acces la propria fișă medicală trebuie să fie acceptată de către medic. În cazul unui transfer, o copie sigilată a fișei medicale trebuie atașată deținutului și predată echipei de asistență medicală a instituției la care va ajunge deținutul. La liberare, pacientului deținut trebuie să i se înmâneze un extras medical. Informațiile medicale din extras vor fi utilizate pentru tratamentul în continuare de către medicul din comunitate și pot include, de asemenea, detalii din fișe, dacă este necesar. După liberarea deținutului, fișele medicale trebuie să fie păstrate de către serviciul penitenciarului pentru perioada prevăzută în legislația națională specifică.

Medicii din penitenciare au datoria să examineze și să documenteze toate semnele de violență fizică, psihologică și sexuală. În cursul examenului medical la sosire, un deținut poate să reclame violența poliției. Prin urmare, este important să se prezinte orice astfel de informații autorităților. Dacă deținutul este reticent în a-și da consimțământul în acest sens, medicul trebuie să caute modalități prin care să îl asigure că identitatea victimei nu este dezvăluită făptuitorului. Protocolul de la Istanbul⁴⁹ oferă îndrumări cu privire la documentarea valabilă profesional și legal și la metode netraumatice de examinare în cazul violenței și al relexor tratamente.

Accesul la fișele medicale și alte informații medicale

Pacienților trebuie să li se furnizeze toate informațiile relevante (dacă este necesar, sub forma unui raport medical) privind condițiile, evoluția tratamentului și a medicației care le-a fost prescrisă. Este preferabil ca pacienții să aibă dreptul să-și consulte fișele medicale din închisoare, dacă acest lucru nu este neindicat din punct de vedere terapeutic. Trebuie să li se permită să ceară ca aceste informații să fie comunicate familiilor lor, avocaților sau medicilor din exterior.

48. CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

49. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

Fișe medicale statistice (nespecifice pacienților)

Conform legislației naționale și în colaborare cu autoritățile de sănătate din comunitate, medicii din penitenciare trebuie să păstreze registre statistice cu privire la toate aspectele serviciilor de asistență medicală realizate în penitenciar, în mod specific numărul de consultații și prevalența patologiilor, măsurate după numărul diagnosticelor conform codului din Clasificarea Internațională pentru Boli (CIB), inclusiv registre specifice de boli cu declarație obligatorie, cum ar fi tuberculoza, folosind definițiile de caz și categoriile de tratament standardizate ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), dizenteria, hepatita și HIV. Astfel de statistici sunt procesate mult mai ușor prin sisteme electronice de evidență medicală, oferind sprijin pentru bugetare, precum și pentru implementarea și evaluarea programelor de promovare a sănătății.

După cum s-a menționat mai sus, medicii din penitenciare trebuie să păstreze statistici ale tuturor cazurilor de leziuni și ale cauzelor subiacente (violența între deținuți și rele tratamente) și trebuie să raporteze datele autorităților din penitenciare în mod regulat. Statisticile sistematice ale violenței facilitează analiza situației și evaluarea măsurilor preventive și pot chiar să aibă un efect preventiv. Cu ocazia vizitelor sale⁵⁰ în penitenciare, CPT a recomandat în mod constant înregistrarea sistematică a tuturor cazurilor de violență.

1.6. Alte aspecte etice

Implicarea medicilor din penitenciare în probleme de securitate și măsuri disciplinare

Medicii din penitenciare trebuie să acționeze în calitate de medici personali ai deținuților, totodată, trebuie să stabilească o relație medic-pacient de încredere cu aceștia. Practica medicilor din penitenciare de a atesta dacă un deținut este apt să fie supus încarcerării solitare drept pedeapsă (sau oricărui alt tip de încarcerare solitară impusă împotriva voinței deținuțului) nu promovează această relație. Acest aspect este subliniat în EPR. Personalul medical nu trebuie să participe niciodată într-un proces decizional care culminează cu orice tip de încarcerare solitară, decât dacă măsura se aplică din motive medicale.

50. CPT/Inf (2009)13; (2010)3; (2010)27; (2010)33; (2011)3; (2011)20; (2012)1; (2012)9.

Pe de altă parte, personalul medical trebuie să fie foarte atent la situația în care toți deținuții sunt plasați în regim de încarcerare solitară. Personalul medical trebuie să fie informat cu privire la fiecare plasare de acest fel și trebuie să viziteze deținutul imediat după plasare și ulterior în mod regulat, cel puțin o dată pe zi, și să îi acorde asistență și tratament medical cu promptitudine, după caz. Personalul medical trebuie să raporteze directorului închisorii ori de câte ori sănătatea deținutului este pusă în mod grav în pericol prin plasarea în regim de încarcerare solitară.

Medicul din penitenciar nu trebuie să efectueze percheziția sau examinarea corporală la solicitarea unei autorități, cu excepția situațiilor de urgență, atunci când nu poate fi solicitat niciun alt medic. În cazurile excepționale în care nu se poate evita examinarea cavităților corpului, aceasta trebuie să fie efectuată de către un medic cu o pregătire medicală adecvată. Cu toate acestea, în vederea protejării relației medic-pacient, această persoană nu trebuie să fie medicul care îl tratează pe deținut sub aspectul îngrijirii sănătății. Acest punct este evidențiat și de către WMA în Declarația privind percheziția corporală a deținuților.⁵¹

Se pot impune măsuri speciale de securitate în cazuri specifice, însă plasarea sistematică a deținuților în spații securizate atunci când li se fac injecții este în mod clar nejustificată. O astfel de abordare ar putea fi considerată ca fiind degradantă atât pentru deținuți, cât și pentru personalul medical în cauză.⁵²

Independența profesională a personalului medical din penitenciare

Personalul medical din orice penitenciar poate fi expus pericolelor. Sarcina acestora de a-și îngriji pacienții, deținuți bolnavi, poate fi deseori contrară considerațiilor privind administrarea și securitatea penitenciarului. Această poate da naștere unor chestiuni și alegeri etice dificile. Pentru a garanta independența acestora în chestiuni medicale, este important ca personalul în cauză să fie cât mai aproape de conformitatea cu principalele dispoziții în domeniul asistenței medicale din comunitate.

Oricare ar fi măsurile instituționale pentru reglementarea asistenței medicale în penitenciare, este esențial ca deciziile clinice ale medicilor din penitenciare să fie guvernate numai de criterii medicale, iar calitatea și eficacitatea activității lor să fie evaluată de către o autoritate medicală calificată.⁵³

51. WMA: Declarația privind percheziția corporală a deținuților, Budapesta (1993, rev. 2005).

52. CPT/Inf (2011)29.

53. CPT/Inf (2004)36.

Medicii care tratează atât deținuții, cât și angajații penitenciarelor

Există rezerve cu privire la practica medicilor din penitenciare care tratează atât deținuți, cât și angajați ai penitenciarelor.⁵⁴ Resursele alocate asistenței medicale pentru deținuți sunt deseori limitate, iar împărțirea timpului de lucru al medicilor ar putea fi în detrimentul calității asistenței medicale respective. Dacă există împrejurări specifice care impun aceasta în mod excepțional într-o unitate, o astfel de responsabilitate dublă ar trebui să fie însoțită de măsuri de protecție foarte specifice care să garanteze o abordare uniformă. Spre exemplu, ar trebui să se prevadă dinainte procentul timpului de lucru al medicilor care poate fi dedicat personalului. De asemenea, este de dorit ca cele două stocuri de medicamente (pentru deținuți și, respectiv, personal) să fie ținute separat. S-ar putea avea în vedere chiar ca medicul să aibă două spații separate pentru consultații.

Deținuții cu rol de personal de asistență medicală

Implicarea deținuților într-un serviciu de asistență medicală al unui penitenciar trebuie să fie considerată drept o măsură de ultimă instanță, chiar dacă aceștia dețin calificări medicale. Deținuții nu trebuie să fie implicați în îndeplinirea sarcinilor medicale care necesită o pregătire specializată și, sub nicio formă, nu trebuie să distribuie medicamente.

Nu este de competența ofițerilor de penitenciare să distribuie medicamente prescrise sau să administreze injecții. Medicamentele pot fi distribuite doar de către o asistentă medicală sau un distribuitor farmaceutic instruit; injecțiile pot fi administrate doar de către personal medical calificat.⁵⁵

Asistența umanitară

Există anumite categorii de deținuți în mod deosebit vulnerabili, iar serviciile medicale din penitenciare trebuie să acorde o atenție specială nevoilor acestora, deoarece aceștia nu sunt întotdeauna capabili să își susțină interesele într-un mediu de detenție. Următoarele grupuri au fost identificate de către CPT de mai multe ori.⁵⁶

54. CPT/Inf (2006)11.

55. CPT/Inf (2011)19.

56. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

Mamele cu copii încarcerate

Este un principiu general acceptat că nu trebuie să se nască copii în închisoare și, în general, acest principiu este respectat. Unei mame și copilului ei trebuie să li se permită să stea împreună cel puțin o anumită perioadă de timp și ei ar trebui plasați în condiții care să le ofere sprijinul unui personal specializat în îngrijirea postnatală și puerperală. Dispozițiile pe termen lung, în special transferarea copilului în comunitate implicând separarea de mama lui, trebuie decise în fiecare caz în parte prin prisma nevoilor medicale și sociale ale copilului.

Adolescenții

În timpul încarcerării, este de preferat ca adolescenților să li se permită să stea în aceleași medii și să aibă dreptul de a-și păstra obiectele personale. Trebuie să se reducă la minim inadaptarea socială pe termen lung. Regimul aplicat acestora trebuie să aibă la bază activitatea intensă, incluzând întâlniri socio-educaționale, sportul, educația, studiile, ieșirile însoțite și disponibilitatea pentru activități opționale adecvate.

Deținuții vulnerabili din cauza situației medicale sau sociale a acestora

Printre pacienții unui serviciu de îngrijire medicală din închisoare, există o serie de persoane marginalizate care au un istoric de traume familiale, sunt de mult dependenți de droguri, au conflicte cu autoritățile sau au alte necazuri sociale. Ei pot fi violenți, pot avea tendințe de suicid sau să manifeste comportamente sexuale inacceptabile și sunt, de cele mai multe ori, incapabili să se controleze sau să-și poarte de grijă. Nevoile acestor deținuți nu sunt cu adevărat medicale, însă medicul penitenciarului poate promova dezvoltarea programelor socio-terapeutice pentru aceștia în unități din penitenciar care sunt similare celor comunitare și supravegheate cu atenție. Aceste unități pot reduce umilirea, disprețul și ura deținuților, pot dezvolta simțul responsabilității și pregăti reintegrarea socială a acestora. Un alt avantaj direct al programelor de acest tip este faptul că acestea presupun colaborarea activă și implicarea personalului din penitenciar.

Există și deținuți care nu pot fi supuși detenției permanente din cauza unei boli grave ce nu poate fi tratată corespunzător în condițiile din penitenciar, unui prognostic fatal pe termen scurt, unui handicap grav sau vârstei înaintate. În astfel de cazuri, este de datoria medicului din penitenciar să întocmească un raport pentru autoritatea responsabilă în vederea luării măsurilor alternative adecvate.

Capitolul 2

Asistența psihiatrică și protocoale de tratament - activități psihosociale terapeutice și de reabilitare în penitenciare

Comparativ cu populația generală, incidența simptomelor psihiatrice în rândul deținuților este mare.

Persoanele deținute în spitale de psihiatrie securizate și deținuții din penitenciare au multe în comun. Ambele categorii sunt în mod deosebit vulnerabile la apariția problemelor de sănătate mentală. Se întâlnesc frecvent antecedente de abuz, privare, vagabondaj, șomaj, abuzul de substanțe și contacte anterioare cu servicii de sănătate mentală. Mulți deținuți au probleme legate de aritmetică și alfabetizare, majoritatea dintre ei au un nivel de inteligență sub cel mediu.¹ S-a sugerat că aproximativ unul din șapte deținuți prezintă afecțiuni psihotice sau depresie majoră și aproximativ jumătate din toți deținuții de sex masculin și una din cinci femei deținute prezintă tulburări de personalitate antisociale.² Predomină în mod disproporționat tulburările mentale grave, cele mai ridicate niveluri ale morbidității fiind întâlnite în

1. Singleton N., Meltzer H. și Gatward R: Morbiditatea psihiatrică în rândul deținuților din Anglia și Țara Galilor. Londra: Biroul de Statistică Națională (1998); Inspectoratul Penitenciarelor Majestății Sale: Pedepse inechitabile: o analiză tematică a inspectorului-șef al Penitenciarelor Majestății Sale cu privire la tratamentul și condițiile deținuților necondamnați din Anglia și Țara Galilor. Londra: Ministerul de Interne (2000).
2. Fazel S. și Danesh J.: „Tulburări mentale grave la 23 000 de prizonieri: o analiză sistematică a 62 de sondaje”. Lancet, 359 (2002), 545-50.

rândul populației deținute în arest preventiv și al femeilor deținute. Tulburările mentale (inclusiv diagnosticul de abuz de substanțe) s-au constatat la 37% dintre deținuții de sex masculin condamnați, la 63% dintre bărbații aflați în arest preventiv, la 57% dintre femeile condamnate și la 76% dintre femeile aflate în arest preventiv. Multe diagnostice sunt frecvente, mai ales în rândul deținuților în arest preventiv: aproximativ la un sfert dintre bărbați și la o treime dintre femeile aflate în arest preventiv le-au fost puse două sau mai multe diagnostice.³

Este evident faptul că în închisoare povara tulburărilor mentale grave, dar tratabile, este considerabilă. Date fiind resursele limitate ale sistemului de încarcerare, este îndoielnic faptul că toți cei care au nevoie primesc îngrijirea corespunzătoare, astfel cum este prevăzut de către CEDO.

2.1. Servicii de sănătate mentală în penitenciare

Incidența mare a tulburărilor mentale într-un mediu de penitenciar crește responsabilitatea sistemului de asistență medicală din închisoare. Pentru început, trebuie să existe un medic calificat în psihiatrie, afiliat serviciului de asistență medicală al fiecărei închisori, iar unele dintre asistentele medicale angajate în cadrul acestui serviciu trebuie să aibă o calificare în acest domeniu. Numărul membrilor personalului medical și al asistenților medicali, precum și structura penitenciarelor, trebuie să fie de așa natură, încât să se permită desfășurarea unor programe farmacologice, psihoterapeutice și de ergoterapie.⁴

Măsuri legate de tulburările mentale într-un mediu de penitenciar

Netratarea bolilor mentale într-un mediu de închisoare poate constitui cu ușurință un tratament inuman și degradant,⁵ prin urmare, necesitând măsuri ad hoc. Cei care sunt responsabili trebuie să aibă în vedere următoarele măsuri pentru deținuții cu tulburări psihice:

- motivarea și instruirea personalului medical și a psihologilor care lucrează în penitenciare pentru diagnosticarea cazurilor date și participarea activă la gestionarea acestora;

3. Gunn J., Maden A. și Swinton M: Deținuți cu tulburări mentale. Londra: Ministerul de Interne (1991); Maden A., Taylor C. J. A., Brooke D. și alții: Tulburări mentale la deținuții reținuți în arest preventiv. Londra: Ministerul de Interne (1995).

4. *Slawomir Musial c. Poloniei* 28300/06, *Aerts c. Belgiei* 25357/94.

5. CPT/Inf (2005)18; *Slawomir Musial c. Poloniei* 28300/06, *Aerts c. Belgiei* 25357/94.

- acordarea îngrijirii de specialitate în penitenciar pentru astfel de cazuri prin desemnarea unui psihiatru pentru efectuarea de consultații periodice;
- asigurarea disponibilității rezervelor suficiente de medicamente psihotrope;
- asigurarea, dacă este necesar, a posibilității de spitalizare pe termen lung cu o componentă psihosocială activă;
- asigurarea că transferul unui deținut bolnav psihic într-o unitate de psihiatrie este abordat cu cea mai mare prioritate.

Deținuții bolnavi psihici tratați în spitale de psihiatrie civile

Un deținut bolnav psihic trebuie să fie ținut și îngrijit într-un spital care este dotat corespunzător și prevăzut cu personal calificat corespunzător. Acesta poate fi un spital de psihiatrie civil sau o unitate de psihiatrie dotată special din cadrul penitenciarului.

Din punct de vedere etic, este potrivit ca deținuții bolnavi psihici să fie spitalizați în afara penitenciarului în cadrul instituțiilor pentru care este responsabil serviciul de sănătate publică. Pe de altă parte, se poate afirma că asigurarea unor unități de psihiatrie în interiorul penitenciarului permite administrarea îngrijirii în condiții de securitate optimă, iar activitățile serviciilor medicale și sociale pot fi intensificate în sistemul respectiv.

Oricare ar fi soluția aleasă, capacitatea de cazare a unității de psihiatrie în cauză trebuie să fie suficientă, deoarece există frecvent o perioadă de așteptare prelungită înainte de realizarea unui transfer necesar. Transferul persoanei în cauză într-o unitate de psihiatrie trebuie să fie tratat cu prioritate maximă.

Deținuții care sunt considerați periculoși, ca urmare a unei boli psihice grave, nu trebuie să fie plasați în unități de maximă securitate în locul unității de psihiatrie. Acești deținuți trebuie să aibă acces la tratament și la activități terapeutice adecvate într-un mediu de spital care este administrat de către un număr suficient de angajați calificați pentru a le acorda asistența necesară.⁶

6. CPT/Inf (2008)33.

2.2. Unități de psihiatrie în penitenciare

Unitățile de psihiatrie specializate din penitenciare, aflate în cadrul serviciului de asistență medicală din penitenciare, pot fi utilizate pentru diverse funcții. Cea mai răspândită funcție este tratarea deținuților cu probleme de sănătate mentală care sunt plasați în aceste unități fie temporar pentru tratament, fie pentru a aștepta transferarea într-o instituție de tratament din comunitate. Foarte rar, unitățile de psihiatrie din cadrul penitenciarelor pot fi utilizate atât pentru reținerea, cât și pentru tratarea persoanelor care au fost declarate iresponsabile din punct de vedere penal, mai ales în absența unei instituții securizate în afara penitenciarului. În cele din urmă, unitățile de psihiatrie pot fi utilizate pentru plasarea persoanelor în arest preventiv în scopul evaluării stării lor psihice.

Nu este neobișnuit să se constate că, în absența unei unități de psihiatrie specializate în cadrul penitenciarului, penitenciarele au stabilit zone sau niveluri de securitate pentru deținuții mai vulnerabili, inclusiv pentru cei cu tulburări psihice.

Principii generale privind îngrijirea într-o unitate de psihiatrie din penitenciar

Îngrijirea și detenția persoanelor plasate într-o instituție de îngrijire a sănătății mentale penitenciară ca măsură de securitate trebuie să aibă la bază tratamentul și reabilitarea, totodată, ținându-se cont de măsurile de securitate necesare. Abordarea respectivă trebuie să se reflecte în condițiile de trai și în alte facilități oferite acestei populații specifice de pacienți, precum și în tratamentul și activitățile lor. Astfel de instituții trebuie să fie prevăzute cu personal calificat corespunzător în domeniul medical, care poate să dezvolte relații pozitive cu pacienții prin intrarea în contact direct cu aceștia.⁷ Resursele de personal trebuie să fie adecvate din punct de vedere numeric, al categoriilor (psihiatri, medici primari, asistenți medicali, psihologi, ergoterapeuți, lucrători sociali etc.), al experienței și al calificării. Deficiențele de personal pot determina situații de mare risc pentru pacienți, în ciuda bunăvoinței și eforturilor adevărate ale personalului.

CPT a criticat de multe ori condițiile de trai ale persoanelor plasate în instituțiile de psihiatrie.⁸ Acest lucru este valabil, printre altele, și pentru unitățile de

7. CPT/Inf (2007)28.

8. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

psihiatrie din cadrul penitenciarelor. O unitate de psihiatrie trebuie să asigure condiții materiale propice tratamentului și bunăstării pacienților și, în termeni de specialitate, un mediu terapeutic pozitiv. Crearea unui astfel de mediu terapeutic implică, înainte de toate, asigurarea unui spațiu suficient pentru fiecare pacient, precum și iluminarea, încălzirea și aerisirea adecvată a acestui spațiu, întreținerea satisfăcătoare și conformarea cu regulile de igienă. Asigurarea cazării prevăzute pentru grupurile mici este un factor esențial de conservare a demnității pacienților și constituie, de asemenea, un element cheie al oricărei politici de reabilitare psihologică și socială a pacienților. Structurile de acest tip facilitează, printre altele, repartizarea pacienților pe categorii specifice în scopuri terapeutice. Instalațiile sanitare trebuie să permită pacienților păstrarea unei anumite intimități. Mai mult, ar trebui să se țină cont de necesitățile pacienților vârstnici și/sau persoanelor cu handicap; spre exemplu, toaletele fără scaun care nu permit utilizatorului să stea jos nu sunt adecvate pentru astfel de pacienți. În mod similar, trebuie pusă la dispoziție dotarea de bază din spitale care permite personalului să asigure o asistență adecvată; absența unui astfel de echipament poate să ducă la condiții mizere. Practica observată în anumite instituții de psihiatrie, de a îmbrăca întotdeauna pacienții în pijamale, nu este propice consolidării sentimentului de identitate personală și de stimă de sine; individualizarea îmbrăcămintei ar trebui să facă parte din procesul terapeutic.

Pacienților bolnavi mental, inclusiv pacienților criminali supuși examinării, ar trebui să li se acorde, în măsura în care o permite sănătatea, cel puțin 1 oră de exerciții în aer liber pe zi într-un spațiu rezonabil de spațios și sigur care să ofere, totodată, adăpost împotriva intemperiilor.⁹

2.3. Protocolul de tratament

Tratamentele psihiatrice trebuie să se fondeze pe o abordare individualizată care implică elaborarea unui protocol de tratament pentru fiecare pacient, care să indice obiectivele de tratament, mijloacele terapeutice utilizate și personalul responsabil. Protocolul de tratament trebuie să conțină, de asemenea, rezultatul unei evaluări regulate a stării de sănătate psihică a pacientului și o evaluare a medicației pacientului. Pacienții trebuie să fie implicați în elaborarea propriilor protocoale de tratament și să fie informați cu privire la evoluția acestora.¹⁰

9. CPT/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

10. CPT/Inf (2007)15, CPT/Inf (2009)28, CPT/Inf (2009)38.

Este important ca diferite categorii de angajați care lucrează cu pacienții bolnavi mental să se reunească periodic pentru a facilita munca în echipă și a discuta despre schimbările necesare din protocolul de tratament. Aceasta permite identificarea și discutarea problemelor cotidiene și oferirea de îndrumări.

Tratamentul psihiatric

Tratamentul psihiatric trebuie să cuprindă un număr mare de activități terapeutice, de reabilitare și recreaționale, cum ar fi accesul la medicație și îngrijire medicală corespunzătoare. Trebuie puse în aplicare proceduri pentru a asigura că medicamentele prescrise sunt administrate în mod corect și a garanta o aprovizionare regulată cu medicamentele necesare. Se poate recomanda elaborarea de opțiuni terapeutice și implicarea pacienților pe termen lung în activități psihosociale de reabilitare pentru a-i pregăti pentru viața independentă sau reîntoarcerea la familiile lor. Ergoterapia trebuie să fie o parte integrantă din programul de reabilitare, care să asigure motivarea, dezvoltarea competențelor de învățare și de relaționare, dobândirea de competențe specifice și îmbunătățirea propriei imagini. De asemenea, este de dorit să li se ofere pacienților educație și muncă.

O atenție deosebită trebuie acordată asigurării continuității tratamentelor, care constă atât în farmacoterapie, cât și într-o serie amplă de activități de reabilitare și terapeutice. Un astfel de tratament nu este prevăzut a fi început sau întrerupt pe loc; mutarea persoanelor bolnave psihic dintr-un mediu în altul cu un nou set de reguli și întreruperea bruscă a tratamentului pot ameliora starea de sănătate a acestora.¹¹

Tratamentul medical legal

Tratamentul medical legal al deținuților care nu răspund penal trebuie să cuprindă un număr mare de activități terapeutice, de reabilitare și recreaționale, inclusiv acordarea medicației și a îngrijirii medicale corespunzătoare. Tratamentul trebuie să vizeze atât controlul simptomelor bolii, cât și reducerea riscului de recidivă. Totodată, trebuie subliniat faptul că activitățile terapeutice realizate pentru persoanele care sunt supuse evaluării psihiatrice efectuate de medicul legist nu afectează procesul de evaluare; din contră, acestea pot facilita colectarea de informații prețioase în acest scop.¹²

11. CPT/Inf (2006)26.

12. CPT/Inf (2009)24.

Psiho-farmacoterapia

Utilizarea medicației pentru tratamentul tulburărilor mentale este frecvență atât în psihiatria pacienților internați, cât și a celor tratați în ambulatoriu. Majoritatea medicamentelor psihotrope au fost dezvoltate pentru tratarea depresiei, a tulburărilor de anxietate sau a tulburărilor psihotice precum schizofrenia. Însă, unele medicamente dezvoltate pentru alte scopuri au fost considerate a fi utile în tratamentul psihiatric. De exemplu, utilizarea medicamentelor antiepileptice pentru tratarea tulburărilor bipolare sau utilizarea medicamentelor antipsihotice pentru tratarea problemelor de control al impulsurilor. Psiho-farmacoterapia poate fi utilizată separat sau în combinație cu psihoterapia pentru tratarea tulburărilor mentale.¹³

Principalele grupe de medicamente psihotrope

Medicamentele antipsihotice (neuroleptice) ajută la gestionarea simptomelor psihotice precum agitația, halucinațiile (perceperea auditivă sau vizuală a unor lucruri care nu există), iluziile (convingeri false) și gândirea dezorganizată. Antidepresivele tratează simptome ale depresiei și ale anxietății. Medicamentele anxiolitice (tranchilizantele) scad nivelul de anxietate și de agitație.

În plus, anumite psihostimulente sunt utile pentru tratarea tulburării de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), totodată, există medicamente utilizate pentru stabilizarea modificărilor dispoziției (timostabilizatori).

Probleme frecvente în psiho-farmacoterapie

Medicația psiho-farmacoterapeutică este adesea o parte necesară a tratamentului aplicat pacienților care suferă de tulburări mentale. Trebuie puse în aplicare proceduri pentru a asigura că orice medicamente prescrise sunt administrate în mod corect, că pacienții le iau și că se garantează o aprovizionare regulată cu medicamentele necesare. Trebuie să existe, totodată, vigoare la orice semn de abuz de medicamente.

Asemenea oricărui alt tratament, tratamentul psiho-farmacologic al tulburărilor mentale prezintă avantaje și dezavantaje. Majoritatea problemelor frecvente constituie:

13. Sadock B. J., Sadock V. și Sussman N: *Manual de buzunar de tratament psihiatric cu medicamente de Kaplan și Sadock*, ediția a patra, Philadelphia (2005).

- lipsa eficacității, ducând deseori la administrarea unor doze care depășesc recomandările terapeutice;
- efecte secundare ale medicamentelor, dintre care unele nu sunt dificil de detectat (boala Parkinson, distonie) – unele efecte secundare pot fi depistate prin teste (agranulocitoză, hiperprolactinemie), interogare (disfuncție sexuală) sau prin observarea atentă a simptomelor secundare (hirsutism, sindromul metabolic);
- nevoia de a administra combinații de medicamente atunci când interacțiunile dintre diferite medicamente sunt importante: pot exista atât interacțiuni farmacocinetice (variații de absorbție, legarea de proteine, metabolismul sau excreții), cât și interacțiuni farmacodinamice.

2.4. Consimțământul pentru tratament în psihiatrie

Din principiu, un pacient trebuie să își poată da consimțământul liber și în cunoștință de cauză pentru un tratament. Internarea unei persoane într-o instituție de psihiatrie fără consimțământul acesteia nu trebuie considerată ca reprezentând autorizarea tratamentului fără consimțământul său.

Orice pacient capabil de discernământ, internat cu sau fără voia lui, trebuie să fie pe deplin informat cu privire la tratamentul care i se va prescrie și trebuie să poată refuza un tratament sau orice altă intervenție medicală. Orice derogare de la acest principiu fundamental nu trebuie aplicată decât în circumstanțe excepționale definite clar și strict.¹⁴

Consimțământul unui pacient pentru un tratament nu poate fi calificat drept liber și în cunoștință de cauză decât dacă se bazează pe informații complete, exacte și care pot fi înțelese cu privire la starea sa de sănătate și la tratamentul care îi este propus. Fiecare pacient trebuie să obțină sistematic informații pertinente referitoare la starea sa de sănătate și la tratamentul care îi este propus.

Utilizarea medicamentelor PRN (*pro re nata*, „la nevoie”) trebuie să fie o situație excepțională; medicul trebuie să fie anunțat imediat dacă se administrează medicamente PRN pentru verificarea condițiilor în care acestea au fost administrate.¹⁵

14. CPT/Inf (2008)29, CPT/Inf (2012)11, CPT/Inf (2007)40.

15. CPT/Inf (2012)34.

Utilizarea mijloacelor de constrângere în unitățile psihiatrice

Orientări cu privire la utilizarea mijloacelor de constrângere în unități psihiatrice se pot găsi în secțiunea de fundamentare a celui de-al 16-lea Raport general al CPT.¹⁶ Un pacient bolnav psihic (și posibil violent) trebuie tratat printr-o supraveghere atentă și să beneficieze de o infirmieră în combinație cu medicația, dacă este considerat necesar. Fiecare unitate psihiatrică trebuie să aibă o politică complexă privind constrângerea. În elaborarea acestei politici este esențială implicarea și sprijinul personalului și al conducerii, în egală măsură. O astfel de politică trebuie să exprime clar ce mijloace de constrângere pot fi folosite, în ce împrejurări și în ce mod pot fi ele aplicate, supravegherea necesară și ce urmează să se facă după încheierea măsurii. Politica trebuie, de asemenea, să conțină secțiuni privind alte chestiuni importante, precum instruirea personalului, politica de reclamații, mecanisme de informare internă și externă și discuții cu pacienții.

Există diferite metode de a-i constrânge pe pacienții agitați sau violenți, metode care se pot folosi separat sau în combinații:

- umbra, ceea ce înseamnă că un membru al personalului se află permanent alături de pacient și intervine în activitatea lui atunci când este necesar;
- controlul manual;
- constrângerea mecanică precum benzi, cămăși de forță sau paturi îngrădite;
- constrângerea chimică (administrarea de medicamente împotriva voinței pacientului, cu scopul de a-i controla comportamentul);
- izolarea (plasarea unui pacient într-o încăpere încuiată, singur, împotriva voinței lui).

Dintre cele disponibile, metoda aleasă pentru fiecare pacient în parte trebuie să fie cea mai potrivită cu situația întâlnită. Mijloacele de constrângere corporală trebuie folosite pentru pacienți numai ca ultimă alternativă, cu scopul de a preveni o vătămare iminentă sau pentru a reduce violența și/sau violența acută. Aplicarea mijloacelor de constrângere corporală în mod corect și într-un mediu adecvat necesită ca un membru al personalului să asigure supraveghere directă, personală și permanentă. Fiecare caz de folosire a mijloacelor de constrângere corporală trebuie să fie autorizat de un medic, sau să fie adus fără întârziere la cunoștința unui medic, pentru a se cere aprobarea măsurii în cauză.

16. CPT/Inf (2006)35.

Când situația de urgență care a dus la aplicarea constrângerii corporale încetează să mai existe, pacientul trebuie eliberat imediat. Nu există nicio justificare pentru utilizarea mijloacelor de constrângere pe perioade îndelungate (zile).

Odată ce mijloacele de constrângere corporală au fost înlăturate, este esențial ca pacientului să i se explice situația. Aceasta va fi o ocazie pentru a-i expune acestuia motivele pentru care s-a luat măsura respectivă, reducând astfel trauma psihică a situației, cât și pentru a reface relația medic-pacient. Împrejurările în care sunt folosite mijloacele de constrângere corporală nu trebuie să agraveze sănătatea fizică și mentală a pacientului constrâns.

Locul, în care unui pacient i se aplică constrângerea corporală, trebuie să fie special conceput pentru acest scop. Trebuie să fie un mediu sigur, cu lumină și căldură adecvată, prin aceasta reprezentând un mediu de calmare. Pacientul constrâns trebuie să fie îmbrăcat în mod adecvat și să nu fie expus contactului cu alți pacienți. Mijloacele de constrângere a pacientului trebuie aplicate cu îndemănare și grijă, pentru a nu pune în pericol sănătatea acestuia sau a-i provoca durere. Funcțiile vitale ale pacientului precum respirația, capacitatea de a comunica, mânca și bea nu trebuie împiedicate. Dacă un pacient are tendința să muște, să sugă sau să scuipe, potențialele inconveniente trebuie evitate altfel decât prin acoperirea gurii.

Trebuie să se înființeze un registru special, în care să se consemneze toate situațiile când a fost nevoie să se recurgă la mijloace de constrângere corporală. Acesta ar fi ceva suplimentar față de ceea ce s-a consemnat în fișa medicală personală a pacientului. În registru trebuie să se noteze ora la care a început și la care a încetat constrângerea; circumstanțele cazului; motivele pentru care s-a recurs la această măsură; numele medicului care a ordonat-o sau aprobat-o și o relatare a oricăror vătămări suferite de către pacient sau de către membrii personalului.

Reducerea recurgerii la folosirea mijloacelor de constrângere corporală până la un minim viabil necesită o schimbare la nivel cultural în multe centre psihiatrice. Rolul conducerii unității psihiatrice este crucial în această privință. Dacă aceasta nu își încurajează personalul și nu-i oferă alternative, cu siguranță se vor instaura practici prestabilite de recurgere frecventă la mijloace de constrângere corporală.

Îngrijirea psihiatrică după sfârșitul plasamentului

În cazul persoanelor, care au fost supuse tratamentului psihiatric, trebuie să se ia măsuri pentru a asigura îngrijirea permanentă a acestora. Deși nu mai necesită plasarea într-o unitate psihiatrică, un pacient poate totuși să necesite un tratament sau să trebuiască să beneficieze de un mediu protejat.¹⁷ Trebuie să se asigure continuitatea tratamentului atunci când deținuții sunt transferați înapoi la locul de detenție.

2.5. Prevenirea suicidelor

Data fiind incidența mare a tulburărilor mentale din penitenciare, serviciile medicale din închisoare trebuie să se preocupe de aspecte privind igiena psihică, inclusiv prevenirea efectelor psihologice vătămătoare ale anumitor aspecte ale detenției. Este cunoscut faptul că prevenirea eficace poate reduce riscul tulburărilor mentale.¹⁸

Abordarea organizațională pentru prevenirea suicidelor

Prevenirea suicidului necesită, de asemenea, intervenția din afara sectorului de sănătate.¹⁹ În cel de-al treilea Raport general²⁰, CPT a făcut mai multe recomandări în această privință. Conducerea penitenciarului, inclusiv responsabilul serviciului de sănătate al închisorii, trebuie să se asigure că există o conștientizare corespunzătoare a prevenirii suicidului în cadrul instituției și că s-au pus în aplicare proceduri adecvate.

Trebuie să se depună eforturi active pentru prevenirea suicidului prin asigurarea monitorizării de susținere și prin dezvoltarea unei relații de încredere între deținuți și personal. Trebuie să se ia măsuri pentru a asigura coordonarea adecvată a eforturilor de prevenire, mai ales prin reuniuni regulate și frecvente ale echipei interdisciplinare și prin aportul corespunzător al personalului de specialitate, cum ar fi psihiatrții și educatorii.

În cazul ratelor mari de suicid, trebuie să se introducă măsuri alternative de prevenire a suicidului, cum ar fi creșterea numărului și diversificarea

17. CPT/Inf (98)12.

18. *Prevenirea tulburărilor mentale: intervențiile eficace și opțiunile de politică*. Un raport al Organizației Mondiale a Sănătății. Departamentul de Sănătate Mentală și Abuz de Substanțe în colaborare cu Centrul de Cercetare pentru Prevenție al Universităților din Nijmegen și Maastricht, OMS (2004).

19. *Acțiunea sectorului de sănătate publică pentru prevenirea suicidului*, OMS (2012).

20. CPT/Inf (93)12.

activităților, oportunități de asociere, contacte cu lumea din afară și un tratament eficace și multidisciplinar pentru tratarea dependenței.

Identificarea riscului de suicid

Pe lângă controalele medicale la internare, procedurile generale de primire și de acomodare în prima noapte au, de asemenea, un rol important. Dacă acestea sunt desfășurate în mod corect, se pot identifica cel puțin acele persoane care sunt expuse riscului de autovătămare și se poate ameliora parțial anxietatea pe care o simt toți deținuții nou sosiți. Perioadele care preced sau urmează imediat unui proces și, în anumite cazuri, perioada anterioară eliberării sunt asociate cu un risc crescut de suicid.²¹

Instruirea personalului pentru recunoașterea riscului de suicid

Prevenirea suicidelor, inclusiv identificarea persoanelor expuse riscurilor, nu trebuie să intre doar în competența serviciului medical. Toți angajații penitenciarului, care vin în contact cu deținuții, și, în mod prioritar, personalul care activează în unitățile de primire și înregistrare, trebuie să fie instruiți cu privire la recunoașterea semnelor riscului de sinucidere.²²

Evaluarea riscului de suicid

Trebuie să se introducă un algoritm standard de control pentru a evalua riscul de suicid (și autovătămare) în închisoare. Un astfel de instrument trebuie să asigure, în special, faptul că dependența de medicamente și/sau de alcool este luată în considerare în mod corespunzător în procesul de control drept factor ce poate crește riscul de suicid.

Este necesar să se ia măsuri pentru a asigura transmiterea cu promptitudine a informațiilor complete despre un deținut, care este expus riscului de suicid sau autovătămare, tuturor celor care au un anumit rol în îngrijirea deținutului, inclusiv atunci când acesta este transferat într-o altă instituție.

Abordarea persoanelor expuse riscului de suicid

O persoană identificată ca prezentând un risc de suicid trebuie plasată sub observație, oricât este necesar. Ulterior, astfel de persoane nu trebuie să aibă

21. CPT/Inf (2012)1.

22. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

un acces ușor la mijloace care să le permită să se sinucidă (barele de la ferestrele închisorilor, sticlă spartă, curele sau cravate). Toate persoanele identificate ca prezentând un risc de suicid trebuie să beneficieze de consiliere, sprijin și relații corespunzătoare.

Un deținut care prezintă semne grave de suicid sau comportament (auto) agresiv trebuie să fie transferat imediat la o instituție de sănătate mentală pentru boli acute. Dacă persoana rămâne în închisoare, tratamentul și îngrijirea trebuie să fie supravegheate de către personalul medical, iar persoana în cauză trebuie să beneficieze de vizite și urmărire medicală regulate.²³

2.6. Alte probleme de sănătate mentală în penitenciare

Deținuții cu un comportament autovătămător

Acele de autovătămărire reflectă în mod frecvent probleme și stări de natură psihologică sau psihiatrică și trebuie să fie abordate mai degrabă din punct de vedere terapeutic, decât punitiv. Izolarea deținuților în cauză (chiar dacă nu este considerată o măsură disciplinară) ar putea exacerba problemele psihologice sau psihiatrice ale acestora. Toate cazurile de autovătămărire trebuie să fie evaluate din punct de vedere medical imediat după incident, pentru a evalua gravitatea leziunilor și starea psihologică a deținutului.²⁴

Gestionarea medicală a deținuților aflați în greva foamei în închisoare

Gestionarea deținuților aflați în greva foamei în închisoare este o problemă controversată. Atât Recomandarea nr. R (1998) 7 a Consiliului de Miniștri privind aspectele etice și organizaționale ale îngrijirii sănătății în închisoare și Declarația AMM privind persoanele aflate în greva foamei, adoptată la Malta în 1991, lasă la discreția medicului luarea de măsuri în cazul în care greva foamei ajunge să amenințe viața deținutului.²⁵ Tensiunea dintre datoria de a asigura dreptul unui deținut la viață și datoria de a respecta autonomia nevoilor individuale trebuie abordate conform eticii medicale și legislației țării respective.

23. CPT/Inf (2011)5.

24. CPT/Inf (2009)35.

25. Consiliul de Miniștri: *Aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare*. Recomandarea nr. R (1998) 7; AMM: Declarația privind persoanele aflate în greva foamei de la Malta (2006).

Curtea Europeană a Drepturilor Omului a afirmat în hotărârea sa în cauza X c. Germaniei că, atunci când o persoană deținută se află în greva foamei, aceasta poate duce în mod inevitabil la un conflict între dreptul unui individ la integritatea fizică și obligația părții contractante conform articolului 2 din Convenție - un conflict care nu este soluționat prin convenție.²⁶ Însă Curtea a considerat că o situație, în care aplicarea repetată a forței nu este bazată pe motive medicale valabile, ci vizează forțarea reclamantului de a opri protestul, și în care aceasta se realizează într-un mod ce expune deținutul în mod inutil la o mare umilință și durere fizică, reprezintă tortură.²⁷

CPT a examinat această problemă într-unul dintre rapoartele sale de vizită.²⁸ Autoritățile statului au obligația de a îngriji persoanele pe care le dețin în custodie. Această obligație a îngrijirii include protecția vieții unei persoane deținute, inclusiv prevenirea suicidului și a comiterii oricărui act de către persoana în cauză, care poate provoca moartea sau daune fizice ireversibile. Prin urmare, o decizie de a hrăni deținutul aflat în greva foamei împotriva voinței sale poate fi justificată, în principiu, pentru a preveni suferința deținutului prin vătămări fizice ireversibile sau moartea. Pe de altă parte, majoritatea legislațiilor naționale din Europa, precum și codurile internaționale de etică medicală specifice, consideră în prezent că un adult competent poate alege să refuze tratamentul medical chiar dacă acesta ar putea să îi salveze viața. În consecință, autoritățile implicate în gestionarea unei greve a foamei în care se află un deținut se pot confrunta deseori cu două valori ce ar putea fi contradictorii: obligația îngrijirii pentru a proteja o viață și dreptul deținutului la integritatea fizică (inclusiv dreptul de a nu i se impune un tratament).

Recomandarea nr. R (1998) 7 a Consiliului de Miniștri stabilește principiile de bază în abordarea problemei legate de greva foamei.

- Persoanelor care se află în greva foamei trebuie să li se ofere o explicație obiectivă cu privire la efectele vătămătoare ale acțiunii lor asupra bunăstării fizice, pentru a înțelege pericolele unei greve a foamei prelungite.
- Evaluarea clinică a unei persoane care se află în greva foamei trebuie să se desfășoare numai cu permisiunea expresă a persoanei, cu excepția cazului în care aceasta suferă de boli psihice grave ce necesită transferarea în cadrul unui serviciu de psihiatrie.

26. Cauza X c. Germaniei (1984) 7 EHRR 152.

27. Ciorap c. Modovei 12066/02, Nevmerzhitsky c. Ucrainei 54825/00.

28. CPT/Inf (2007)10.

- Dacă, în opinia unui medic, starea persoanei aflate în greva foamei se înrăutățește, este esențial ca acesta să raporteze acest lucru autorității corespunzătoare și să ia măsuri conform legislației naționale și normelor profesionale.

Declarația privind persoanele aflate în greva foamei a AMM oferă mai multe detalii în abordarea acestei probleme. Prin afirmarea faptului că o adevărată înfometare prelungită prezintă riscul de deces sau vătămare permanentă a persoanelor aflate în greva foamei, aceasta susține și faptul că persoanele aflate în greva foamei nu doresc, de regulă, să moară, însă unii ar putea fi pregătiți să moară pentru a-și atinge scopurile. AMM oferă îndrumări clare medicului cu privire la modul de acțiune în cazul unei greve a foamei.

- Medicii trebuie să evalueze capacitatea psihică a persoanelor. Aceasta presupune verificarea dacă o persoană care intenționează să se înfometeze nu prezintă o deficiență mentală care să-i afecteze grav capacitatea de a lua decizii cu privire la îngrijirea sănătății. Persoanele cu o deficiență mentală gravă nu pot fi acceptate să participe la greva foamei. Acestea trebuie să li se administreze mai degrabă un tratament pentru problemele lor de sănătate mentală, decât să li se permită să se înfometeze pentru a-și risca sănătatea.
- Medicii trebuie să obțină cât mai repede un istoric medical detaliat și precis al persoanei care intenționează să se înfometeze. Trebuie să i se explice persoanei implicațiile medicale ale oricăror stări de sănătate existente. Medicii trebuie să verifice dacă persoanele aflate în greva foamei înțeleg eventualele consecințe ale înfometării asupra sănătății și să le avertizeze dinainte într-un limbaj simplu cu privire la dezavantajele acesteia. Totodată, medicii trebuie să explice cum se poate reduce la minim sau întârzia afectarea sănătății, spre exemplu, prin creșterea aportului de lichide. Deoarece deciziile persoanei cu privire la greva foamei pot fi de moment, este esențial să se asigure înțelegerea pe deplin de către pacient a consecințelor medicale ale înfometării. Conform celor mai bune practici privind consimțământul în cunoștință de cauză în îngrijirea sănătății, medicul trebuie să se asigure că pacientul înțelege informațiile oferite, solicitându-i acestuia să repete ceea ce a înțeles.
- La începutul perioadei de înfometare trebuie să se efectueze o examinare amănunțită a persoanei care intră în greva foamei. Gestionarea simptomelor viitoare, inclusiv a celor care nu sunt legate de înfometare, trebuie să fie discutată cu persoanele care intră în greva

foamei. De asemenea, trebuie să se rețină valorile și dorințele persoanei în cauză cu privire la tratamentul medical în eventualitatea unei înfometări prelungite.

- Uneori, persoanele aflate în greva foamei acceptă transfuzia intravenoasă a unei soluții saline sau a altor forme de tratament medical. Refuzul de a accepta anumite intervenții nu trebuie să afecteze alte aspecte ale îngrijirii medicale precum tratamentul infecțiilor sau al durerii.
- Medicii trebuie să discute cu persoanele aflate în greva foamei în particular și departe de auzul altor persoane, inclusiv al altor deținuți. O comunicare clară este esențială și, dacă este necesar, trebuie să se pună la dispoziție interpreți care nu au legătură cu autoritățile de reținere și care, la rândul lor, trebuie să respecte confidențialitatea.
- Medicii trebuie să se asigure că refuzul hranei sau al tratamentului este alegerea voluntară a persoanei în cauză. Persoanele aflate în greva foamei trebuie să fie ferite de constrângere. Medicii pot deseori să ajute în acest sens și trebuie să știe faptul că se poate exercita o constrângere din partea grupului de persoane similare, a autorităților sau a altor persoane cum ar fi membrii familiei. Medicii sau alt personal medical nu pot exercita niciun fel de presiune nejustificată asupra persoanei aflate în greva foamei pentru suspendarea grevei. Tratamentul sau îngrijirea persoanei aflate în greva foamei nu trebuie să fie condiționat(ă) de suspendarea grevei foamei.
- Dacă un medic nu poate, din motive de conștiință, să respecte refuzul sau alimentarea artificială a unei persoane aflate în greva foamei, el trebuie să clarifice acest lucru de la bun început și să trimită persoana aflată în greva foamei la un alt medic, care este dispus să respecte refuzul persoanei aflate în greva foamei.
- Comunicarea permanentă dintre medic și persoanele aflate în greva foamei este esențială. Medicii trebuie să verifice zilnic dacă persoanele doresc să continue greva foamei și ce doresc să facă atunci când nu vor mai putea să se facă înțelese. Aceste constatări trebuie să fie înregistrate în mod corespunzător.
- Atunci când un medic preia un caz, este posibil ca persoana aflată în greva foamei să își fi pierdut deja capacitatea mentală, astfel încât să nu existe posibilitatea de a discuta despre dorințele acesteia cu privire la intervenția medicală pentru a-i întreține viața. Trebuie să se acorde atenție oricăror instrucțiuni prealabile date de către persoana

aflată în greva foamei. Refuzul prealabil al solicitării tratamentului se respectă dacă acesta reflectă dorința voluntară a persoanei în cauză atunci când aceasta este aptă. În spațiul de detenție trebuie să se ia în calcul posibilitatea ca instrucțiunile prelabile să se fi dat sub presiune. În cazul în care medicii au îndoieli serioase cu privire la intenția persoanei în cauză, orice instrucțiuni trebuie să fie abordate cu prudență. Însă, dacă instrucțiunile prelabile sunt date în cunoștință de cauză și în mod voluntar, acestea pot fi în general ignorate doar dacă devin nule din cauza faptului că situația în care s-a luat decizia s-a schimbat radical, deoarece persoana respectivă a devenit inaptă.

- Dacă nu este posibilă discutarea cu persoana în cauză și dacă nu există instrucțiuni prelabile, medicii trebuie să acționeze așa cum consideră că este în interesul persoanei respective. Aceasta înseamnă luarea în considerare a dorințelor exprimate anterior ale persoanelor aflate în greva foamei, valorile lor personale și culturale, precum și starea lor de sănătate fizică. În absența oricăror dovezi privind dorințele anterioare ale persoanelor aflate în greva foamei, medicii trebuie să decidă asupra asigurării hranei acestora, fără nicio intervenție din partea terților.
- Medicii pot decide, în mod justificat, să acționeze împotriva instrucțiunilor prelabile privind refuzul tratamentului pentru că, spre exemplu, refuzul este considerat a fi exprimat sub constrângere. Dacă, după resuscitare și după redobândirea facultăților mentale, persoanele aflate în greva foamei continuă să își reafirme intenția de a se înfometa, decizia respectivă trebuie să fie respectată. Este etic să se permită unei persoane aflate în greva foamei mai degrabă să moară cu demnitate, decât persoana respectivă să fie supusă unor intervenții repetate împotriva voinței sale.
- Hrănirea artificială poate fi potrivită din punct de vedere etic dacă persoanele apte aflate în greva foamei consimt aceasta. Ea poate fi acceptată și dacă persoanele inapte nu au lăsat instrucțiuni prelabile date fără presiune, prin care refuză o astfel de hrănire.
- Hrănirea forțată nu este niciodată acceptată din punct de vedere etic. Chiar dacă este prevăzută a fi benefică, hrănirea însoțită de amenințări, constrângeri, forță sau recurgerea la mijloace de constrângere fizică reprezintă o formă de tratament inuman și degradant. La fel de inacceptabilă este și hrănirea forțată a unor deținuți pentru a intimidă sau a constrânge alte persoane aflate în greva foamei să nu se mai înfometeze.

După cum putem constata, AMM consideră că hrănirea forțată este inacceptabilă din punct de vedere etic. Există un conflict de valori între obligația îngrijirii pentru a proteja viața și dreptul la integritatea fizică. Însă medicii trebuie să prevină orice act care ar putea reprezenta o tortură sau un tratament inuman și degradant.

Dacă totuși se ia decizia de a hrăni forțat un deținut aflat în greva foamei, o astfel de decizie trebuie să fie bazată pe necesitatea medicală și să fie dusă la îndeplinire în condiții adecvate care reflectă caracterul medical al măsurii. Procesul decizional trebuie să urmeze o procedură consacrată care să cuprindă măsuri de protecție suficiente, asigurându-se inclusiv luarea independentă a deciziilor medicale. Evaluarea psihiatrică a sănătății psihice a unui deținut aflat în greva foamei poate fi utilă în stabilirea acelor cazuri în care motivele ce stau la baza refuzului hranei sunt de natură psihiatrică. Mai mult, examenele psihiatrice efectuate pe parcursul unei greve a foamei ar ajuta echipa medicală curantă să detecteze orice deteriorare psihică care ar putea afecta capacitatea persoanelor aflate în greva foamei de a face alegeri în cunoștință de cauză cu privire la viața și sănătatea lor. Trebuie să existe căi de atac legale, iar toate aspectele punerii în aplicare a deciziei trebuie să fie monitorizate în mod corespunzător. Metodele utilizate pentru forțarea hrănirii nu trebuie să fie în mod necesar dureroase, ci să fie aplicate în mod competent și cu minim de forță. Forțarea hrănirii trebuie să afecteze cât mai puțin posibil integritatea fizică a persoanei aflate în greva foamei.

Tratamentul infractorilor sexuali în închisoare

Tratamentul pacienților cu parafilie, indiferent de metoda de tratament utilizată, a fost făcut întotdeauna în contextul unor situații neprevăzute privind dileme clinice și etice. Problemele majore de etică privind infractorii sexuali, inclusiv parafilia, pot reflecta nevoia de siguranță publică și chiar orientarea profesională spre pedepsire, nu spre tratament, chiar și în cazurile în care este adecvată și eficace administrarea unui tratament.²⁹

CPT a abordat problema în mai multe rapoarte ale sale.³⁰ Recomandările acestuia pot fi prezentate pe scurt în continuare.

29. Bowden P., „Tratament: utilizare, abuz și consimțământ”. *Comportamentul criminal și sănătatea mentală 1* (1991), 130-41; Berlin F., „Tratamentul infractorului sexual și legislația aferentă”. *Jurnalul Academiei Americane de Psihiatrie și Drept* 31 (2003), 510-13; Ward T., Gannon T. A. și Birgden A., „Drepturile omului și tratamentul infractorilor sexuali”. *Abuz sexual* 19/3 (2007), 195-204; Elger B. S., „Cercetări privind deținuții: consens și controverse în normele internaționale și europene”. *Bioethics* 22 (2008), 224-38.

30. CPT/Inf (2009)8; (2011)20.

- Măsurile luate pentru a combate recidiva nu trebuie să se bazeze niciodată doar pe eficacitate. Obiectivul limitat de a reduce ratele de recidivă poate determina încălcarea gravă a drepturilor omului. Există diferite opțiuni de tratament care se bazează pe psihoterapie (inclusiv terapia de grup), farmacoterapie (inclusiv utilizarea de anti-androgeni) sau o combinație a acestora.
- Înainte de a începe orice tratament medical, trebuie să se obțină în scris consimțământul liber și în cunoștință de cauză al persoanei în cauză înainte de a începe farmacoterapia (inclusiv tratamentul antiandrogen), permițând retragerea consimțământului în orice moment. Deținutului în cauză trebuie să i se dea o explicație detaliată (inclusiv în scris) cu privire la scopul și posibilele efecte adverse ale tratamentului, precum și la consecințele refuzului de a urma un astfel de tratament.

Tratamentul antiandrogen trebuie să se bazeze întotdeauna pe o evaluare psihiatrică și medicală individuală amănunțită, iar un astfel de tratament trebuie să fie permis exclusiv pe baza voinței proprii a persoanei în cauză. Trebuie să se elaboreze o procedură completă și detaliată, care să includă măsuri de protecție suplimentare: criteriile de includere și excludere de la un astfel de tratament; examinări medicale anterioare, în timpul și după tratament; acces la consultații din exterior, inclusiv exprimarea unei opinii secundare; evaluarea regulată a tratamentului de către o autoritate medicală independentă. Administrarea de antiandrogeni trebuie să fie combinată cu psihoterapia și alte forme de consiliere pentru a reduce mai mult riscul de recidivă. În plus, tratamentul cu antiandrogeni nu trebuie să fie o condiție generală pentru liberarea infractorilor sexuali, ci să fie administrat unor persoane selectate pe baza unei evaluări individuale.

Castrarea chirurgicală este o intervenție care are efecte fizice ireversibile și consecințe directe sau indirecte asupra sănătății mentale. Mai mult, nu există o garanție a faptului că rezultatul urmărit (reducerea nivelului de testosteron) va dura. Obiectivul legitim al scăderii ratelor de recidivă trebuie să fie pus în balanță cu aspectele etice legate de drepturile fundamentale ale unei persoane.³¹ Castrarea chirurgicală nu mai este o intervenție medicală general acceptată pentru tratarea infractorilor sexuali. Intervențiile medicale ireversibile nu trebuie să fie niciodată efectuate asupra deținuților sau a altor persoane reținute, decât dacă există o necesitate medicală clară.

31. Alexander M., Gunn J., Cook D. A. G., Taylor P. J. și Finch J., „Trebuie să se permită castrarea chirurgicală a unui infractor sexual?” *Jurnal Medical Britanic* 307 (1993), 790-93.

2.7. Diagnosticul dublu în penitenciare

Estimativ, între 3 și 11% dintre deținuții încarcerați au probleme psihice (cum ar fi tulburări psihotice sau modificări ale dispoziției) concomitent cu o afecțiune asociată abuzului de substanțe.³²

Termenul „diagnostic dublu” acoperă o serie amplă de probleme care au în comun sănătatea mentală și abuzul de substanțe. Diagnosticul dublu poate avea semnificații diferite pentru diverse servicii de asistență medicală, însă primele patru cele mai frecvente combinații sunt:

- o problemă psihică primară care provoacă consumul de substanțe (cum ar fi o persoană care suferă de schizofrenie și care află că heroina reduce unele simptome);
- abuzul și/sau retragerea de substanțe, care duc la apariția simptomelor sau afecțiunilor psihiatrice (depresia după dezintoxicare, cu instalarea insomniei și a proastei dispoziții);
- o problemă psihiatrică este agravată de abuzul de substanțe (o persoană cu o stare intensă de anxietate din cauza unui pericol din partea altora, care folosește cannabis pentru relaxare, însă constată că acesta îi poate intensifica paranoia, ducând la alie-nare crescută);
- abuzul de substanțe și problemele psihice care nu par să aibă legătură una cu alta (o persoană cu o problemă permanentă de anxietate care nu este nici redusă, nici agravată de consumul de droguri sau alcool).

În închisoare, unde există acces mai redus la droguri ilegale, starea psihică a unui pacient ar putea părea stabilă. Pe de altă parte, un mediu cu stimulente relativ scăzute, cum ar fi închisoarea, poate să mascheze în continuare problemele psihice. Chiar și consumul redus sau moderat de droguri (consum relativ redus și fără o frecvență de droguri precum cannabisul sau amfetamina), care nu este problematic pentru majoritatea consumatorilor de substanțe, poate avea efecte nefavorabile asupra persoanelor cu probleme psihice. Sunt necesare diferite intervenții pentru a gestiona retragerea de la consumul de alcool și toate drogurile care produc dependență, precum și

32. Edens J. F., Peters R. H. și Hills H. A., „Tratarea deținuților încarcerați cu tulburări concomitente: o analiză integrată a programelor existente”. *Științe comportamentale și legea* 15/4 (1997), 439-57.

pentru a gestiona întreținerea cu opioide și a preveni o nouă revenire la probleme legate de consumul de alcool sau de droguri după liberare.³³

- Pacienții dependenți de opiu care ajung la închisoare cu grave probleme psihice trebuie să fie stabiliți, nu dezintoxicați, pentru cel puțin două săptămâni. Trebuie să se evite dezintoxicarea rapidă.
- Retragerea benzodiazepinei poate duce la apariția simptomelor de psihoză; pacienții cu antecedente de tulburări de gândire pot fi mai vulnerabili la acest efect. Este posibil să fie necesară o perioadă de stabilizare înainte să se aibă în vedere o nouă reducere a dozei de diazepam. Retragerea benzodiazepinelor poate duce la apariția anxietății și a autovătămării; din nou, se poate indica stabilizarea urmată de o reducere mai lentă.
- Retragerea stimulentei poate cauza instalarea depresiei pentru scurt timp, dar uneori profundă. Ar putea dura o săptămână sau mai multe luni pentru soluționarea acestei probleme, deoarece sistemul nervos central se adaptează psihologic la mediul chimic schimbat. În acest timp, un deținut poate fi expus unui risc ridicat de sinucidere sau autovătămare. În plus, utilizarea de stimulente poate produce apariția unui episod psihotic („psihoza amfetaminei”). Încetarea utilizării de stimulente, somnul și hrana vor soluționa, de regulă, această problemă. De asemenea, este important să se rețină frecvența consumului de stimulente în rândul celor care suferă de plictiseală cronică sau care prezintă un prag ridicat de stimulare, o problemă frecvent întâlnită la persoanele cu tulburări de personalitate, în special tulburarea de personalitate Borderline sau cea antisocială. Astfel, identificarea unei tulburări de personalitate subiacente va fi importantă pentru planificarea tratamentului.

Trebuie să se examineze cu atenție plasarea persoanelor cu diagnostic dublu în tratamentul de grup. Multe persoane cu probleme psihice semnificative au avut o copilărie și istorice recente extrem de traumatizante. De asemenea, aceste persoane ar putea avea și unele dificultăți de socializare. Aceste aspecte sunt relevante mai ales pentru cei cu o tulburare de personalitate. Astfel, este important să se efectueze o evaluare atentă și completă și să se elaboreze o formulare psihologică pentru a se lua decizii cu privire la tratamentul de grup sau individual.

33. *Ghid pentru gestionarea diagnosticului dublu pentru penitenciare*. Departamentul de Sănătate, Londra (2009).

2.8. Deținuții cu tulburări de personalitate

Termenul „tulburare de personalitate” este utilizat în principal pentru a descrie căile problematice de abordare a vieții cotidiene și a propriei persoane, a altor persoane și a lumii. Tulburarea de personalitate se consideră a fi rezultatul interacțiunii dintre factorii genetici și de mediu și dezvoltarea precoce întreruptă.

Tulburările de personalitate sunt frecvente în societate. Estimările epidemiologice sugerează faptul că între 5 și 13% dintre oameni prezintă probleme care îndeplinesc criteriile de diagnosticare a tulburării de personalitate. Studiile epidemiologice indică, de asemenea, faptul că între 20 și 50% dintre oamenii cu tulburări de personalitate consumă abuziv substanțe psihoactive, iar între 5 și 30% dintre persoanele cunoscute de către serviciile pentru abuzul de substanțe au fost diagnosticate cu o tulburare de personalitate.

Printre pacienții unui serviciu de îngrijire medicală din închisoare, există o serie de persoane marginalizate care au un istoric de traume familiale, dependență de droguri îndelungată, au conflicte cu autoritățile sau au alte necazuri sociale. Ei pot fi violenți, pot avea tendințe de suicid sau pot fi caracterizați prin comportamente sexuale inacceptabile și sunt, de cele mai multe ori, incapabili să se controleze sau să-și poarte de grijă. Studiile din penitenciare arată că s-au descoperit tulburări de personalitate la 50-78% dintre deținuți.³⁴ Deținuții cu o tulburare de personalitate sunt problematici. Pentru un număr relativ scăzut, în cele mai grave forme, aceasta este legată de un risc ridicat de autovătămare și de vătămare a altor persoane. Acești infractori au nevoi psihologice foarte complexe care produc probleme sub aspectul gestionării, tratării și al menținerii unui mediu de lucru sigur.

Unitățile specializate și-au demonstrat capacitatea de a gestiona în siguranță și în mod constructiv cei mai problematici infractori și de a elabora abordări terapeutice de calitate superioară; dovezile au început să indice o scădere semnificativă a acțiunilor de judecată și a incidentelor violente. S-a elaborat un ghid pentru tratarea și gestionarea tulburărilor de personalitate³⁵, care

-
34. Coid J. și Yang M., „Prevalență și corelări ale tulburării de personalitate în Marea Britanie” *Jurnalul Britanic de Psihiatrie* 188 (2006), 423-31; Linehan M., Schmidt H. și alții, „Terapia comportamentală dialectică pentru pacienții cu tulburare de personalitate Borderline și dependența de droguri” *Jurnalul American privind Dependențele* 8/4 (1999), 279-92; Nace E., Davis C. și Gaspari J., „Comorbiditatea pe axa II la consumatorii abuzivi de substanțe”. *Jurnalul American de Psihiatrie* 148 (1991), 118-20; Singleton N., Meltzer H. și alții, *Studiul morbidității psihiatrice în rândul deținuților din Anglia și Țara Galilor*. Biroul Național de Statistică, Londra (1998).
 35. Ghidul clinic NICE: *Tulburarea de personalitate antisocială: tratament, gestionare și prevenire*. NHS (2009); Ghidul clinic NICE: *Tulburarea de personalitate Borderline: ghidul NICE privind tratamentul și gestionarea*. Societatea Psihologică Britanică/Colegiul Regal de Medici Psihiatri (2009).

este util pentru planificarea serviciilor pentru aceste categorii de deținuți. Trebuie să se pună accentul pe reducerea comportamentelor infracționale, a violenței, a agresiunii și a abuzului de substanțe.

Persoanele cu psihopatie și cele care îndeplinesc criteriile pentru o tulburare de personalitate periculoasă și gravă reprezintă o mică parte dintre persoanele cu tulburări de personalitate antisociale. Însă acestea prezintă un risc foarte ridicat de vătămare pentru alte persoane și consumă o proporție semnificativă de servicii sociale. Intervențiile cognitive și comportamentale, spre exemplu, se pot concentra pe reducerea infracționalității și a altor comportamente antisociale. Astfel de intervenții ar trebui să fie adaptate la acest grup prin susținerea concomitentă a sesiunilor individuale cu cele de grup, să dureze mai mult și să fie susținute de o urmărire permanentă și o monitorizare atentă.

Intervențiile farmacologice nu trebuie să fie utilizate în mod curent pentru a trata tulburările de personalitate sau comportamentele agresive conexe, furia și impulsivitatea. Însă ar putea fi necesare intervenții farmacologice pentru tulburări psihice comorbide, mai ales depresia și anxietatea. Atunci când se inițiază și se schimbă medicația pentru tulburări psihice comorbide, trebuie să se acorde o atenție deosebită aspectelor legate de conformitate și riscurilor de utilizare greșită și supradoză.

Tratamentul oricărei tulburări comorbide este cel mai important și trebuie administrat indiferent dacă persoana primește tratament pentru o tulburare de personalitate, deoarece tratamentul eficient al tulburărilor de comorbiditate poate reduce riscul asociat psihopatiei sau tulburărilor de personalitate periculoase și grave.

Personalul care lucrează cu oameni care prezintă tulburări de personalitate antisocială trebuie să recunoască faptul că o abordare pozitivă și apreciativă are mai multe șanse de succes decât o abordare punitivă pentru a implica și a reține implicarea oamenilor respectivi în tratament. Personalul trebuie să exploreze opțiunile de tratament într-o atmosferă de speranță și optimism, explicând faptul că recuperarea este posibilă și realizabilă. Acesta trebuie să dezvolte o relație de încredere, să lucreze într-un mod deschis, antrenant, fără prejudecăți și să fie consecvent și fiabil. Personalul care lucrează cu astfel de pacienți trebuie să beneficieze de instruire, sprijin și supraveghere corespunzătoare, de preferat din afara unității. Aceasta ajută angajații să facă față tensiunii emoționale și să prevină epuizarea.

Capitolul 3

Prevenirea răspândirii virusului HIV/SIDA și a hepatitei B/C în penitenciare

3.1. Contextul epidemiologic

În contrast cu o scădere la nivel mondial a incidenței infecțiilor HIV noi și a deceselor asociate cu SIDA în ultimii zece ani, a avut loc o creștere de peste 25% a infecțiilor HIV noi și a deceselor asociate cu SIDA în aceeași perioadă în Europa de Est și Asia Centrală. Numărul persoanelor cu infecții HIV din această regiune s-a triplat din anul 2000, iar dinamica epidemiei este determinată predominant de transmiterea în rândul persoanelor care își injectează droguri: cel puțin un sfert din populația estimată de 3,7 milioane care își injectează droguri din această regiune au o infecție HIV.¹ Ratele de infecție cu virusul hepatitei C la consumatorii de droguri prin injecții constituie, conform celor raportate, 40-90%.²

Numărul mare al populației din penitenciarele din multe țări se datorează în mare parte unei intensificări a punerii în aplicare a legilor împotriva procurării, posesiei sau consumului de droguri ilegale și este însoțit de o creștere a numărului de deținuți care consumă și își injectează droguri. Maxim 30% dintre deținuți prezintă antecedente de consum de droguri prin injectare. Acesta este motivul principal pentru care ratele de prevalență a bolilor HIV și hepatita C și B sunt de până la 30 de ori mai ridicate decât în rândul populației de vârstă comparabilă care trăiește în comunitate. Prin urmare, penitenciarele trebuie să fie considerate drept epicentre epidemiologice ale

1. UNAIDS: Raport privind epidemia globală de SIDA în 2010 (noiembrie 2010).

2. EMCCDA (Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie).

unor astfel de infecții transmisibile parenteral asemenea infecțiilor transmisibile prin sânge și/sau pe cale sexuală, din mai multe motive.

- Penitenciarele prezintă o concentrație de persoane cu un comportament de risc pentru infecții din cauza consumului de droguri pe cale intravenoasă (CDI), folosirii în comun a instrumentelor de injectare, tatuării cu instrumente comune și a întreținerii de relații sexuale promiscue. Epidemia HIV în închisoare este determinată predominant de utilizatorii de droguri injectabile, însă ar fi greșit să se neglijeze transmiterea pe cale sexuală în închisoare.
- Astfel de comportamente de risc sunt perpetuate, reluate sau inițiate în închisoare, deseori în condiții mai riscante decât în comunitate, așadar, apar și continuă să apară cazuri de transmitere și chiar de răspândire a epidemiei.³
- Este dificilă aplicarea măsurilor de prevenire și reducere a vătămării și deseori acestea nu sunt disponibile în închisoare.
- Accesul la măsurile de diagnosticare și tratamente care vizează reducerea încărcării virale a persoanelor infectate în închisoare este deseori deficitar și mai puțin disponibil decât în comunitate sau deloc.
- Deținuții liberați care au dobândit infecții în perioada de detenție pot să transmită această infecție în comunitate, deseori fără să știe acest lucru. Gradul ridicat de mobilitate între penitenciar și comunitate, care este specific consumatorilor de droguri condamnați și care execută în general sentințe cu închisoarea scurte și repetate, cresc acest risc pentru sănătatea publică.

3.2. Documente internaționale

Neasigurarea accesului deținuților la măsurile esențiale de prevenire și la tratament care să fie echivalente cu cele disponibile în comunitate reprezintă o încălcare a dreptului deținuților la sănătate și a legii internaționale precum Pactul internațional cu privire la drepturi economice, sociale și cultu-

3. Jürgens R., Nowak M. și Day M: „HIV și încarcerarea: penitenciare și detenție”. *Jurnalul Societății Internaționale pentru SIDA* 14:26 (2011); OMS/UNODC/UNAIDS: *Intervenții pentru abordarea HIV în penitenciare: analiza complexă*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva 2007); OMS/UNODC/UNAIDS: *Eficacitatea intervențiilor pentru abordarea HIV în penitenciare*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva 2007); OMS Europa: Ghid de politică privind HIV în penitenciare la adresa www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

rale și Carta socială europeană.⁴ O serie de recomandări, norme, declarații și rezoluții ale Consiliului Europei și ale altor organisme internaționale subliniază obligația autorităților din penitenciare de a asigura îngrijirea preventivă a sănătății, mai ales împotriva epidemiei de HIV și hepatita C în penitenciare.⁵

Cu ocazia vizitelor recente de țară, CPT a identificat deficiențe grave în ceea ce privește măsurile preventive împotriva răspândirii HIV/SIDA și a hepatitei C.⁶ Măsurile preventive împotriva răspândirii HIV/SIDA și a hepatitei B/C în închisoare pot fi rezumate în patru etape: îmbunătățirea atitudinilor și a cunoștințelor, reducerea cererii și ofertei de droguri, reducerea vătămării și măsuri medicale.

3.3. Îmbunătățirea atitudinilor și a cunoștințelor

Acceptarea realităților tabu

Autoritățile din penitenciare și politicienii din toată lumea ezită să recunoască și să admită faptul că în închisoare există droguri, se consumă droguri și se desfășoară activități sexuale de teamă ca publicul să nu îi considere pe ei responsabili și răspunzători pentru acțiunile respective. Însă, atâta timp cât aceste realități sunt tabu, va fi în continuare dificil, dacă nu imposibil, să se pună în aplicare măsuri adecvate împotriva transmiterii virusurilor în închisoare. Politicienii și publicul trebuie să învețe că prevenirea răspândirii HIV și a hepatitei C și a altor infecții în închisoare este importantă nu doar pentru sănătatea deținuților, care nu este de regulă o prioritate politică, ci și pentru sănătatea publică generală. Modelul moldovean de program cu schimba-

4. Articolul 12 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale; articolul 11 din Carta socială europeană.

5. OMS Europa: Ghid de politică privind HIV în penitenciare la adresa www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; CM: Închisoarea și aspecte de criminologie cu privire la controlul bolilor transmisibile care includ SIDA și la problemele de sănătate conexe din închisoare. Recomandarea nr. R (1993) 6; CM: Aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare. Recomandarea nr. R (1998) 7; Normele CPT 2002 (rev. 2011); UNAIDS/ UNODC/ OMS: Prevenirea, îngrijirea, tratamentul și sprijinul pentru HIV/SIDA în spațiul de detenție: un cadru pentru o reacție națională eficientă (New York 2006); OMS Europa: Orientări OMS privind infecția cu HIV și SIDA în închisoare (Geneva 1993); Maller L. și alții: Sănătatea în închisoare: ghid OMS privind elementele fundamentale ale sănătății în închisoare (Geneva 2007); Penal Reform International: *Declarația de la Dublin privind HIV/SIDA în închisorile din Europa și Asia Centrală* (Dublin 2004); *Asociația Medicală Mondială: Declarația de la Edinburgh privind condițiile din penitenciare și răspândirea tuberculozei și a altor boli transmisibile* (Edinburgh 2000, rev. Montevideo 2011); UNODC: *Prevenirea și îngrijirea pentru HIV în închisoare și alte spații închise: un pachet complex de intervenții, Rezumatul politicii* (Vienna 2012).

6. CPT/Inf (2009)1; (2009)35; (2010)33; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)32.

rea de ace/seringi în închisoare, un exemplu impresionant și excepțional de bună practică pentru prevenirea răspândirii acestor infecții, a devenit posibil doar atunci când autoritățile și, ulterior, publicul au acceptat aceste realități. Acesta a fost un bun exemplu de politică eficientă necesară pentru introducerea de noi strategii.⁷

Alternative la încarcerare

Epuiizarea tuturor alternativelor disponibile înainte de încarcerarea infractorilor dependenți de droguri este probabil cea mai eficientă strategie pentru prevenirea răspândirii infecțiilor transmisibile parenteral în închisoare. Țările prezintă diferențe semnificative în modul de pedepsire al consumului ilicit de droguri și a posesiei de droguri ilegale pentru consum personal. Dat fiind riscul ridicat de transmitere a infecțiilor, trebuie să se acorde atenție sporită impactului psihosocial negativ al încarcerării, mai ales asupra tinerilor dependenți de droguri, lipsei de unități adecvate de tratament și reabilitare pentru dependența de droguri în spații de detenție, cadrului legal și practicilor de condamnare, mai ales încarcerării infractorilor dependenți de droguri. Toate alternativele posibile la încarcerare pentru multele contravenții ale consumatorilor de droguri trebuie să fie luate în considerare la toate nivelurile sistemului de justiție penală – poliție, perioada de arest preventiv, în instanță, perioada ulterioară judecății – și trebuie să se caute diferite alternative la închisoare – diversiune, sancțiuni alternative, liberarea condiționată, în combinație cu tratamentul oferit în comunitate.⁸

Educație și instruire

Conform principiilor de promovare a sănătății în penitenciare,⁹ programele de educație și instruire permanentă privind HIV/SIDA și hepatita B și C trebuie să includă întreaga comunitate a penitenciarelor: deținuți, personalul din penitenciare, administrația penitenciarelor și persoanele cu sau fără

7. Schimbul de ace în închisoare: *Lecții învățate dintr-o analiză complexă a dovezilor și a experienței internaționale*, a doua ediție (2006), Rețeaua Canadiană Legală pentru HIV/SIDA.

8. Jürgens R., Nowak M. și Day M.: „HIV și încarcerarea: penitenciare și detenție”. *Jurnalul Societății Internaționale pentru SIDA* 14:26 (2011); OMS/UNODC/UNAIDS: *Intervenții pentru abordarea HIV în penitenciare: analiză complexă*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva 2007); OMS/UNODC/UNAIDS: *Eficacitatea intervențiilor pentru abordarea HIV în penitenciare*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva 2007); OMS Europa: Ghid de politică privind HIV în penitenciare la adresa www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

9. UNODC: *De la coerciție la coeziune: tratarea dependenței de droguri prin îngrijire medicală, nu pedepse*, Dezbaterile unui atelier științific, 28-30 octombrie 2009 (Vienna 2010); EMCDDA: *Alternative la încarcerare - vizarea infractorilor consumatori de droguri problematici din UE* (Lisabona 2005).

comportament de risc. Programele trebuie să includă informații privind etiologia și patogeneză bolilor infecțioase relevante, evoluția acestora, simptome, diagnostic și tratament, și, în mod special, căile și mijloacele de transmitere, căile prin care acestea nu se transmit, modul de protejare personală și a altora, măsuri de reducere a vătămării și despre ceea ce trebuie să se facă după o posibilă expunere. Acestea trebuie să includă, totodată, o invitație la consiliere și testare voluntară confidențială. Însă informațiile despre măsurile de reducere a vătămării și teste sunt preventive doar dacă măsurile respective sunt asigurate și accesibile și în închisoare. Programele de instruire trebuie să țină cont de rata mare de prevalență a analfabetismului, a dificultăților de învățare și a barierelor lingvistice în rândul populației din închisoare. Frecvența evenimentelor educative și instructive regulate cu privire la această problemă trebuie să țină cont de rata fluctuației deținuților și a personalului, precum și de importanța menținerii în actualitate a cunoștințelor și a conștientizării tematicii.

Personalul medical are obligația ca, pe lângă furnizarea de informații în mod individual, față în față, în timpul consultațiilor medicale la sosire (a se vedea mai sus, Consultații medicale la sosire), să asigure organizarea unor acțiuni de educare și instruire cu privire la îngrijirea medicală preventivă cu sprijinul administrației penitenciarului. Personalul medical poate și trebuie să se bazeze pe experiența, facilitățile și instrumentele pe care le dețin multe ONG-uri în instruirea privind HIV/SIDA și hepatita B și C și, totodată, trebuie să încerce să convingă administrațiile penitenciarelor să solicite sprijinul acestora în privința dată.

Se pot aplica și trebuie să se aplice diferite metodologii educative: educație față în față, discuții de grup, interacțiuni, piese de teatru urmate de discuții, pliante, filme și alte instrumente audiovizuale. Educația de la egal la egal pare să fie eficientă mai ales pentru consumatorii de droguri prin injecție. Invitațiile la efectuarea de controale prin CTCV (consiliere și testare confidențială voluntară) trebuie să constituie o parte integrantă din educație.

3.4. Reducerea ofertei și cererii de droguri

Importanța intensificării verificărilor și a perchezițiilor pentru a preveni oferta de droguri în închisoare este certă. Din cauza numărului mare de persoane încarcerate dependente de droguri, penitenciarele reprezintă ținta favorită a pieței drogurilor ilicite, a subculturilor din închisoare și a structurilor neoficiale de putere din multe penitenciare din toată lumea, care sunt dominate de interesele acestei piețe ilegale. Realitatea a demonstrat că verificările și perchezițiile nu pot feri cu totul penitenciarele de droguri. S-a dedus faptul

că doar perchezițiile, fără alte măsuri preventive, ar putea fi chiar ineficiente în prevenirea răspândirii infecțiilor transmisibile parenteral: este facilitată introducerea în închisoare prin contrabandă a drogurilor împachetate în cantități mici, comparativ cu instrumentele de injecție mai voluminoase. Aceasta duce la asigurarea unei oferte de droguri fără o ofertă adecvată de instrumente de injectare, consecință fiind utilizarea repetată și comună a puținelor instrumente de injectare și, astfel, transmiterea virusului. Așa cum se întâmplă și în comunitate, o politică echilibrată cu patru piloni – punere în aplicare, prevenire, reducerea vătămarilor și tratament – poate reduce mai eficient riscurile consumului de droguri în închisoare, în același timp prevenind răspândirea bolilor transmisibile prin injectarea drogurilor.

Trebuie să se rețină faptul că, conform principiilor de etică medicală și recomandărilor internaționale, personalul medical care îngrijește deținuții nu trebuie să se implice niciodată în verificări, percheziții, percheziții corporale sau testări de droguri din motive de securitate, în caz contrar putând să piardă încrederea pacienților.¹⁰ Aceste acțiuni rămân exclusiv în sarcina personalului de securitate. Dacă se impune prezența unui medic pentru verificări corporale intime, acesta trebuie să fie un ofițer de sănătate publică sau un medic care nu este implicat în îngrijirea deținuților.

Departamente penitenciare fără droguri

Mai multe țări au stabilit zone sau departamente fără droguri în penitenciare, unde deținuții consimt la efectuarea unor teste de urină aleatoare care dovedesc că aceștia nu consumă droguri în schimbul unor stimulente cu privilegii și/sau condiții mai bune de trai comparativ cu departamentele penitenciare normale. Deținuții ale căror teste de droguri se dovedesc a fi pozitive sunt trimiși imediat înapoi într-un departament penitenciar normal. Această combinație de motivare stimulantă și monitorizare a controlului s-a dovedit reușită în prevenirea cererii și ofertei de droguri, consolidând autonomia deținuților, reducând conflictele și îmbunătățind condițiile de muncă ale personalului. Aceasta este adecvată doar pentru deținuții care sunt puternic motivați să nu intre în contact cu drogurile pe perioada executării pedepsei cu închisoarea.¹¹

10. Moller L. și alții: *Sănătatea în închisoare: ghid OMS privind elementele fundamentale ale sănătății în închisoare* (Geneva, 2007).

11. Consiliul de Miniștri: *Aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare*. Recomandarea nr. R (1998) 7; Normele CPT din 2002 (rev. 2011); Asociația Medicală Mondială: *Declarația AMM privind percheziția corporală a deținuților* (Budapesta, 1993, rev. 2005).

Programe cu tratamente substitutive

Tratamentul substitutiv oral de întreținere cu opioide nu este numai cel mai eficace și cel mai documentat tratament al dependenței de opiacee, fiind astfel considerat drept un tratament de ultimă generație pentru consumatorii de droguri cu injectare de opiacee, ci și una dintre cele mai puternice măsuri preventive împotriva răspândirii HIV/SIDA și a hepatitei B și C. Acesta reduce cererea consumului intravenos de opiacee riscant, stabilizează pacienții pentru a putea parcurge un tratament psiho-terapeutic suplimentar și ajută la menținerea acestora în tratamentul psihosocial.¹²

Conform principiului echivalenței îngrijirii, care se aplică nu doar în scop terapeutic, ci și pentru îngrijirea medicală preventivă,¹³ în toate țările în care s-au implementat programe de substituție cu opiacee în comunitate, acestea trebuie să fie disponibile și în penitenciare. Acest lucru este esențial nu doar din considerente etice, ci și din motive clinice și preventive clare: întreruperea substituției cu opiacee declanșează un sindrom de retragere de la consumul de opiacee în faza vulnerabilă a încarcerării și crește riscul de reluare a consumului de droguri pe cale intravenoasă. De regulă, transmiterea virusului este mult mai riscantă în mediul penitenciar decât în comunitate. În plus, substituția de întreținere cu opiacee în închisoare s-a dovedit a reduce semnificativ rata excesivă a mortalității în rândul consumatorilor de droguri în prima zi de la liberarea din închisoare.¹⁴

Datorită tuturor acestor factori, cel puțin 26 de țări din Europa au introdus farmacoterapia de substituție cu opiacee în închisori, iar în șapte țări europene peste 10% dintre toți prizonierii urmează tratamentul substitutiv cu opiacee.¹⁵ Metadona este drogul de substituție cel mai frecvent utilizat, însă se folosesc și alte opioide orale. Există deja o experiență vastă cu orientări elaborate privind modul de derulare a programelor de substituție cu opiacee în închisoare.¹⁶ Însă, în rapoartele recente elaborate cu ocazia vizitelor de țară ale CPT s-a subliniat faptul că, în mai multe sisteme penitenciare din Europa,

12. EMCDDA: Portalul celor mai bune practici: *Zona liberă de droguri din închisoarea Hirtenberg* (2001) la adresa www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview.

13. OMS/UNODC/UNAIDS: „Terapia substitutivă de întreținere în gestionarea dependenței de opiacee și prevenirea HIV/SIDA”, document de poziție (2004).

14. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

15. OMS Europa: *Prevenirea problemei acute a mortalității asociate drogurilor în rândul populației din penitenciare în perioada imediat următoare liberării* (Geneva, 2010).

16. EMCDDA: (2010)

mai sunt multe de făcut pentru a asigura conformitatea cu această strategie importantă de prevenire.¹⁷

Tratamentul psiho-terapeutic și îngrijirea psihosocială pot ajuta la reducerea cererii de droguri în rândul consumatorilor de droguri pe cale intravenoasă dependenți de opiacee, mai ales atunci când sunt combinate cu tratamentul substitutiv cu opiacee, astfel putând ajuta și la prevenirea răspândirii bolilor declanșate de virusuri transmisibile prin sânge, în special deoarece concepțiile tratamentului psiho-terapeutic se concentrează în prezent mai mult asupra reducerii vătămării, decât asupra abstenenței totale.

3.5. Reducerea efectelor dăunătoare ale comportamentului riscant

S-a demonstrat faptul că nu este normal să se presupună că măsurile de securitate din penitenciare pot pune capăt comportamentului de risc asociat cu răspândirea HIV/SIDA și a hepatitei B și C. S-a demonstrat și faptul că un comportament de risc în condiții penitenciare poate produce riscuri mai mari decât în comunitate, așadar, măsurile pentru reducerea unor astfel de vătămări în închisoare sunt la fel de importante ca și cele din comunitate.¹⁸

Utilizarea mai puțin riscantă

Informarea și educarea cu privire la riscurile transmiterii HIV și a virusului hepatitei B și C prin utilizarea în comun a instrumentelor de injectare contaminate sunt cerințe preliminare pentru reducerea vătămării din cauza consumului de droguri. Pentru a obține cel mai bun efect cu cea mai mică doză de droguri, majoritatea deținuților dependenți de opiacee aleg calea intravenoasă, un comportament care poate fi redus în mod eficient printr-un tratament substitutiv cu opiacee într-o doză suficientă. Prin urmare, substituția cu opioide pe cale orală este o măsură pentru reducerea consumului de opiacee ilegale și reprezintă o cale mai sigură de consum al unui opiaceu. În penitenciarele în care nu sunt disponibile instrumente de injectare sterile (a se vedea mai jos, Programe de schimbare a acelor/serin-

17. OMS Europa: *Orientări OMS privind infecția cu HIV și SIDA în închisoare* (Geneva, 1993); Maller L. și alții: *Sănătatea în închisoare: un ghid OMS privind elementele fundamentale ale sănătății în închisoare* (Geneva, 2007); Kastelic A., Pont J. și Stöver H: *Tratamentul substitutiv cu opioide în spații de detenție: ghid practic* (Oldenburg, 2009).

18. CPT/Inf (2011)3; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)9; (2012)17; (2012)32.

gilor), deținuții ar trebui să aibă cel puțin acces la soluții dezinfectante și la informații cu privire la spălarea și dezinfectarea instrumentelor de injectare contaminate pentru a reduce riscul transmiterii. Însă trebuie să se specifice foarte clar faptul că dezinfectarea nu reprezintă decât o utilizare sigură și că singura cale de a evita transmiterea este să nu se folosească deloc instrumente contaminate. Atunci când se folosește înălbitor casnic (hipoclorit de sodiu 5,25%) ca și dezinfectant, acesta trebuie să fie proaspăt și nediluat pentru a avea efect.¹⁹

Programe de schimbare a acelor/seringilor

Există dovezi convingătoare conform cărora programele de schimbare a acelor/seringilor din comunitate sunt eficiente în reducerea infecției cu HIV în rândul consumatorilor de droguri intravenoase; acestea sunt economice și nu au consecințe negative neprevăzute.²⁰ Filosofia programelor de schimbare a acelor nu este doar de a asigura instrumente de injectare sterile pentru consumatori de droguri prin injectare, ci și de a elimina în condiții de siguranță instrumentele de injectare contaminate, ceea ce este la fel de important. Așa cum s-a menționat mai sus, conform principiului echivalenței îngrijirii, care se aplică pentru îngrijire medicală preventivă²¹ și necesitate epidemiologică acută, în țările în care sunt disponibile programe de schimbare a acelor/seringilor și de substituție cu opiacee pentru consumatorii de droguri prin injectare, acestea trebuie să fie disponibile și în penitenciare.

-
19. OMS Europa: *Politica HIV/AIDS în penitenciare*; Jürgens R., Nowak M. și Day M: „HIV și încarcerarea: penitenciare și detenție”. *Jurnalul Societății Internaționale pentru SIDA* 14:26 (2011); OMS/UNODC/UNAIDS: *Intervenții pentru abordarea HIV în penitenciare: analiza complexă*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva, 2007); OMS/UNODC/UNAIDS: *Eficacitatea intervențiilor pentru abordarea HIV în penitenciare*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva, 2007); CM: *Aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare*. Recomandarea nr. R (1998) 7; Normele CPT 2002 (rev. 2011); UNAIDS/UNODC/ OMS: *Prevenirea, îngrijirea, tratamentul și sprijinul pentru HIV/SIDA în spațiul de detenție: un cadru pentru o reacție națională eficientă* OMS Europa: *Orientări OMS privind infecția cu HIV și SIDA în închisoare* (Geneva, 1993); Maller L. și alții: *Sănătatea în închisoare: un ghid OMS privind elementele fundamentale ale sănătății în închisoare* (Geneva, 2007); Asociația Medicală Mondială: *Declarația de la Edinburgh privind condițiile din penitenciare și răspândirea tuberculozei și a altor boli transmisibile*; UNODC: *Prevenirea și îngrijirea pentru HIV în închisoare și alte spații închise: un pachet complex de intervenții*, Rezumatul politicii (Vienna, 2012).
 20. CDC: *Dezinfectarea seringilor pentru consumatorii de droguri prin injectare* (Atlanta GA, 2004).
 21. OMS Europa: *Eficacitatea elaborării de programe privind ace și seringi sterile pentru reducerea HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri prin injectare*, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune (Geneva, 2004).

În 2012, au fost 74 de penitenciare în opt țări (cu sisteme de penitenciare finanțate satisfăcător și extrem de subfinanțate) - Elveția, Germania, Spania, Republica Moldova, Kârgâzstan, România, Luxembourg și Tajikistan - în care s-au derulat programe de schimbare a acelor/seringilor în închisoare pentru bărbați și femei, la toate dimensiunile și nivelurile de securitate, iar în unele cazuri aceste programe au fost derulate timp de peste 10 ani. S-a recurs la diverse căi de distribuție și colectare a instrumentelor de injecție: personalul medical, personalul ONG-urilor, automate de distribuție sau prin intermediul unor deținuți colegi selectați cu atenție. În ciuda acestor diversități, rezultatele programelor menționate au fost extraordinar de consecvente. Acestea au ameliorat sănătatea deținuților, au redus utilizarea acelor în comun și teama de violență. În același timp, nu au mai existat semne ale consumului crescut de droguri sau alte consecințe negative.²² În țările cu rată mare de prevalență a HIV în rândul consumatorilor de droguri din comunitate și din penitenciare, implementarea programelor de schimbare a acelor/seringilor în închisoare trebuie considerată ca fiind o prioritate.²³ Atingerea acestui obiectiv impune competențe de conducere și capacitatea de a convinge publicul și politicienii de importanța acestei metode de reducere a vătămării în închisoare în beneficiul sănătății publice generale.

Prin acțiunile educaționale de instruire și/sau dispoziții adecvate, trebuie, de asemenea, să se abordeze și prevenirea altor posibile cauze ale infecțiilor transmisibile prin sânge care pot predomina în penitenciare, cum ar fi utilizarea în comun și reutilizarea instrumentelor de tatuare și piercing sau a aparatelor de ras, precum și ritualele de înfrățire prin sânge.

Furnizarea de prezervative și prevenirea violenței sexuale

Studiile internaționale penitenciare demonstrează faptul că în toată lumea există activități sexuale în penitenciare. Se înțelege de la sine că majoritatea contactelor sexuale sunt între persoane de același sex; acestea pot fi consensuale sau constrânse (în mediul coercitiv al unui penitenciar, care deseori nu se poate distinge clar), iar 1-3% dintre deținuți devin victime ale violului.²⁴ Riscul transmiterii HIV este cel mai mare în cazul activităților

22. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

23. Schimbul de ace în închisoare: *Lecții învățate dintr-o analiză complexă a dovezilor și a experienței internaționale*, a doua ediție, Rețeaua Canadiană Legală pentru HIV/SIDA (2006); OMS/UNAIDS/UNODC: *Ghid de lansare și gestionare a programelor privind ace și seringi: programe privind ace și seringi în spații închise* (Geneva, 2007).

24. OMS/UNAIDS/UNODC: *Ghid de lansare și gestionare a programelor privind ace și seringi: programe privind ace și seringi în spații închise* (Geneva, 2007).

sexuale violente. Timp de mai mulți ani, majoritatea țărilor din Europa de Vest au aprovizionat penitenciarele cu prezervative, iar acum s-a dovedit clar faptul că se utilizează prezervative, lubrefianți și apăraătoare dentare în activități sexuale de către deținuți dacă acestea sunt ușor accesibile în mod anonim, că asigurarea de prezervative nu a indus o creștere a activității sexuale în închisoare și că, datorită faptului că nu există dovezi ale unor efecte negative neprevăzute, aprovizionarea cu prezervative odată introdusă este acceptată de către majoritatea deținuților și a angajaților.²⁵

Însă aprovizionarea cu prezervative fără implementarea unor politici eficiente pentru a combate violența sexuală este în mod evident insuficientă pentru a preveni transmiterea sexuală în închisoare. Politicile de prevenire a violenței sexuale trebuie să includă evitarea supraaglomerării, asigurarea unui număr suficient de angajați și a supravegherii, netolerarea ierarhiilor informale în rândul deținuților și îmbunătățiri structurale care să permită personalului să protejeze deținuții vulnerabili împotriva violenței sexuale.

În rapoartele elaborate în urma mai multor vizite de țară, CPT și-a exprimat preocuparea cu privire la lipsa aprovizionării cu prezervative²⁶ și protecția insuficientă a deținuților împotriva violenței sexuale.²⁷

3.6. Intervenții medicale preventive

Vaccinarea

Conform informării de politică a Biroului Organizației Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate (UNODC) privind prevenirea și îngrijirea pentru HIV în penitenciare și în alte spații de detenție închise,²⁸ se recomandă vaccinarea gratuită împotriva hepatitei B a deținuților și a personalului din penitenciare. Este rezonabil să se asigure vaccinarea împotriva hepatitei A a pacienților cu hepatită cronică B sau C, deoarece infecția suplimentară cu virusul hepatitei A poate conduce la insuficiență hepatică acută fatală.

25. Jürgens R., Nowak M. și Day M.: „HIV și încarcerarea: penitenciare și detenție”. *Jurnalul Societății Internaționale pentru SIDA* 14:26 (2011).

26. CPT/Inf (2005)1; (2007)40; (2011)20.

27. CPT/Inf (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9.

28. UNODC: *Prevenirea și îngrijirea pentru HIV în închisoare și alte spații închise: un pachet complex de intervenții*, Rezumatul politicii (Vienna, 2012).

Tratamentele antivirale pentru HIV și hepatita B/C au un puternic efect preventiv, pe lângă efectul terapeutic, prin reducerea rapidă a încărcării virale la pacienții tratați care, în consecință, sunt mult mai puțin susceptibili de a deveni o sursă de infecție.

Profilaxia

Mai puțin dovedit, însă cu o probabilitate mare, este efectul preventiv al profilaxiei după expunere. Consultațiile medicale și tratamentul profilactic după expunere trebuie să fie imediat accesibile victimelor violenței sexuale, precum și deținuților și personalului din penitenciare după alte expuneri accidentale la infecția cu HIV și hepatita B/C. Deținuții trebuie să fie pregătiți pentru astfel de cazuri prin proceduri standard de lucru sau orientări.²⁹

29. Ibid.

Capitolul 4

Epidemia dublă: HIV/SIDA și tuberculoza (TB)

HIV/SIDA și TB sunt cele mai ucigătoare boli din lume luând în considerare agenții infecțioși.¹ Epidemia HIV/SIDA și creșterea concomitentă a epidemiei de TB au fost denumite epidemie dublă sau epidemie intersectată nu doar din cauza coincidenței cronologice și geografice, ci în primul rând din cauza faptului că cele două boli și epidemii au o puternică influență negativă una asupra celeilalte. În cazul ambelor boli, cel mai mare indice de prevalență se constată în țările cu venituri mici. Pe harta lumii, regiunile cu incidență mare și prevalență a HIV se suprapun în mare măsură cu regiunile cu incidență mare și prevalență a TB. Circa o treime din cele 34 de milioane de oameni care trăiesc cu o infecție HIV sunt co-infecțați cu TB, aceștia fiind de 30 de ori mai predispuși la îmbolnăvire cu TB decât persoanele cu sistem imunitar intact. Peste jumătate din toți pacienții cu SIDA prezintă boala TB, aceasta fiind cea mai frecventă infecție gravă care poate să apară la pacienții cu HIV. Aproape 25% dintre cazurile de deces în rândul persoanelor cu HIV se datorează TB.²

În plus, a apărut o nouă problemă de rezistență în creștere a TB la medicamente, iar principala cauză o reprezintă tratarea inadecvată a TB. În țările din Europa de Est, peste 10% dintre persoanele nou infectate s-au infectat cu tulpini de bacili rezistenți la medicamente, iar această rată este desigur mult mai mare la pacienții tratați anterior și la care boala a recidivat. Strategia anterioară DOTS (administrarea tratamentului sub observație directă) a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) a trebuit să fie îmbunătățită la „DOTS plus” din cauza necesarului de instrumente de diagnosticare suplimentare și mai costisitoare și a tratamentului extins de nivelul doi cu mai multe efecte secundare.³

1. Fișe de informare OMS (octombrie 2012).

2. Ibid.

3. Ibid.

Infecția/boala HIV/SIDA și TB prezintă multe particularități comune, deși sunt complet diferite în ceea ce privește calea de transmitere.

- Acestea sunt reprezentate în exces în rândul populațiilor defavorizate, indicându-se astfel o rată mult mai mare de prevalență în rândul populației din penitenciare decât în comunitate. Prevalența HIV în penitenciare este de până la 25 de ori, iar prevalența TB – de până la 100 de ori mai mare decât în comunitate;⁴ penitenciarele favorizează atât transmiterea HIV (a se vedea capitolul anterior), cât și transmiterea TB; condițiile din penitenciare precum supraaglomerarea, ventilația slabă, hrănirea precară și îngrijirea medicală insuficientă sau inaccesibilă favorizează răspândirea TB în penitenciare; penitenciarele acționează ca niște rezervoare de TB, pompând boala în comunitate prin personal, vizitatori și deținuții eliberați care au fost tratați necorespunzător; iar factorii care favorizează răspândirea TB favorizează și răspândirea formei de TB rezistente la medicamente.⁵ Prin urmare, penitenciarele trebuie să fie considerate drept epicentre epidemiologice pentru epidemia de TB, așa cum sunt (după cum s-a menționat anterior) pentru epidemia de HIV/SIDA; penitenciarele sunt epicentre epidemiologice pentru epidemia dublă și trebuie să fie recunoscute ca atare de către comunitate.
- TB este o boală cauzată de sărăcie, iar dependența de droguri este principala cauză a infecției cu HIV în multe țări, care este, de asemenea, asociată cu și/sau duce la sărăcie. Ambele infecții, HIV și TB, sunt însoțite de o stigmatizare socială și, ulterior, marginalizare.
- Un număr din ce în ce mai mare de pacienți sunt afectați de ambele infecții; iar imunitatea mediată celular cu celule T este afectată în cazul ambelor infecții, fiecare dintre acestea înrăutățind evoluția clinică a celeilalte. În timp ce până la 10% dintre persoanele cu imunitate infectate cu TB dezvoltă o manifestare clinică a bolii, există o probabilitate de 30 de ori mai mare de manifestare a bolii TB la persoanele infectate cu HIV. Problema este mai mult agravată și de faptul că diagnosticarea bolii TB la persoanele cu imunitate compromisă este mult mai dificilă decât la pacienții cu imunitate din cauza unei fiabilități reduse de diagnosticare a bolii pulmonare infecțioase TB prin examinarea la microscop a sputei, alături de un grad mai mare de prevalență a bolii extrapulmonare TB, determinând un

4. OMS: Tuberculoza în penitenciare (pagină web) la adresa www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

5. Ibid.

diagnostic cu raze X mai puțin fiabil. Mai mult, tratamentul combinat cu medicamente antiretrovirale pentru HIV/SIDA și TB, mai ales tratamentul TB cu rezistență la medicamente, este dificil și problematic datorită multor interacțiuni dintre medicamente și a efectelor adverse, și poate fi mai puțin eficient.

Toate orientările diverse actualizate cu privire la controlul tuberculozei în închisoare⁶ includ:

- necesitatea existenței aceluiași standarde pentru controlul TB în închisoare ca și în cazul controlului TB în comunitate, ca acest control să fie organizat în strânsă colaborare cu autoritățile de sănătate din comunitate, să fie inclus în Programul național privind tuberculoza și să presupună parcurgerea aceluiași documente, evaluări și proceduri de asigurare a calității;
- îmbunătățirea condițiilor din închisoare prin evitarea supraaglomerării și asigurarea unei ventilații bune, a accesului la lumina naturală, a accesului la asistență medicală, a plasării deținuților în unități mici, a hranei adecvate și a posibilității de mișcare în aer liber;
- promovarea educației și a sănătății cu privire la TB;
- diagnosticarea precoce (controale la depunere, autosesizare, constatarea activă a cazurilor);
- separarea pacienților infecțioși și depistarea contactelor;
- tratamentul standard eficace, în strictă conformitate cu protocoalele OMS privind DOTS și/sau „DOTS plus”;
- continuarea tratamentului după transfer sau liberare.

Mai multe dintre țările europene nu respectă încă astfel de orientări privind controlul TB în închisoare. Într-o serie de hotărâri, Curtea Europeană a Drepturilor Omului a constatat o încălcare a articolului 2 și/sau 3 din CEDO din cauza îngrijirii precare a deținuților cu tuberculoză,⁷ iar condițiile de detenție au fost clasificate ca elemente care favorizează răspândirea TB și reprezintă

6. OMS: *Controlul tuberculozei în închisoare: un manual pentru administratorii de programe* (Geneva, 2000) la adresa OMS/CDS/TB/2001/.281; Maller L. și alții: *Sănătatea în închisoare: un ghid OMS privind elementele fundamentale ale sănătății în închisoare* (Geneva, 2007); USAID/TBCTA/ICRC: *Orientări privind controlul tuberculozei în închisoare* (2009); CDC: *Raport săptămânal privind morbiditatea și mortalitatea*, 7 iulie 2006 (Atlanta GA 2006); CDC: *Prevenirea și controlul tuberculozei în instituțiile de corecție și de detenție: Recomandări din partea CDC* (Atlanta GA, 2006).

7. Melnik c. Ucrainei 72286/01; Malenko c. Ucrainei 18660/03; Vasyukov c. Rusiei 2974/05, Hummatov c. Azerbaidjan 9852/05; Logvinenko c. Ucrainei 13448/07; Makharadze și Sikharulidze c. Georgiei 35254/07.

un tratament degradant și inuman din cauza supraaglomerării, a lipsei ventilației și a luminii naturale. De asemenea, cu ocazia recentelor vizite de țară,⁸ CPT și-a exprimat preocuparea cu privire la deficiențele de prevenire și îngrijire a TB în închisoare.

Pentru a combate TB cu rezistență la medicamente și epidemia dublă HIV/SIDA și TB, sunt necesare o serie de măsuri suplimentare.

- Examinarea sputei la microscop prezintă o sensibilitate scăzută de detectare a bacteriei tuberculoase, iar metodele clasice de recoltare pentru tuberculoză oferă rezultate abia două luni mai târziu. Pentru identificarea precoce și sensibilă a TB infecțioase și a TB rezistente la medicamente, trebuie să se implementeze tehnologii noi cu o detectare rapidă a bacteriei tuberculoase și a structurilor de rezistență⁹. Acest aspect este deosebit de important într-un spațiu în care oamenii sunt apropiați unii de alții, cum ar fi închisoarea, din cauza nevoii de separare urgentă a pacienților infectați și care prezintă TB cu rezistență la medicamente, și pentru un tratament precoce în funcție de structura de rezistență pentru a întrerupe în mod eficient transmiterea bolii. Sunt necesare, totodată, metode de detectare a bacteriei tuberculoase cu sensibilitate mare din cauza concentrațiilor scăzute de bacterii în expectorație în cazul pacienților cu TB infecțioasă și coinfectați cu HIV.
- Având în vedere rata ridicată de coinfecție cu HIV și TB și conform politicii OMS privind epidemia dublă,¹⁰ trebuie să se intensifice identificarea pacienților cu HIV în rândul pacienților cu TB identificată și a diagnosticului de TB la pacienții identificați cu HIV. Dat fiind istoricul lor îndelungat privind TB, multe țări și sisteme penitenciare prezintă unități TB descentralizate, în timp ce serviciile HIV sunt, în cele mai multe cazuri, centralizate. Pentru a face față epidemiei duble, s-a sugerat cu insistență că personalul din unitățile cu TB existente din comunitate și din închisoare trebuie să primească instruire pentru a oferi educație cu privire la prevenirea HIV/AIDS și consilierea și testarea confidențială voluntară pentru identificarea HIV a pacienților lor cu TB, iar cei care sunt testați pozitiv să înceapă cât mai curând cu

8. CPT/Inf (2007)42; (2010)12; (2010)27; (2010)30; (2012)24; (2011)26; (2011)29; (2012)17.

9. Small P. M. și Pai M.: „Diagnosticarea tuberculozei este momentul unei schimbări radicale”. *Jurnal medical din New England* 363 (2010), 1070-71; Boehme C. C., Nabeta P., Hilleman D. și alții: „Detectia moleculară rapidă a tuberculozei și a rezistenței la rifampicină”. *Jurnal medical din New England* 363 (2010), 1005-15; Raportul global al OMS privind tuberculoza 2012.

10. *Politica OMS privind activitățile TB/HIV în colaborare: orientări pentru programe naționale și alte părți implicate* (Geneva, 2012).

prevenirea prin cotrimoxazol și să fie încadrați pentru tratamentul antiretroviral (ARV).

- De asemenea, la pacienții identificați cu HIV, trebuie să se intensifice educația pentru prevenirea TB, controlul infecției TB și depistarea activă a cazurilor de TB. În cazul celor expuși la infecția TB și/sau cu o infecție TB latentă, trebuie să se aibă în vedere un tratament preventiv cu izoniazidă (INH) (cu condiția să nu existe un grad ridicat de prevalență a bacteriei de TB cu rezistență la TB). Pacienții cu HIV și cu boala TB diagnosticată trebuie să înceapă imediat tratamentul pentru TB în funcție de rezultatele testelor de sensibilitate la medicamente.

Astfel de politici la nivelul pacientului vor fi integrate într-o strategie de colaborare strânsă și coordonare a supravegherii, planificării, finanțării și monitorizării programelor combinate pentru HIV și TB la nivel internațional, național, regional și instituțional. Programele naționale pentru TB și programele naționale pentru HIV/SIDA trebuie să fie strâns corelate, iar penitenciarele, unde există un grad mult mai mare de prevalență a ambelor boli din epidemia dublă decât în comunitate, trebuie să fie incluse în programele și inițiativele naționale privind HIV/SIDA și TB.¹¹

11. Ibid.

Capitolul 5

Droguri psihoactive și gestionarea medicală a deținuților dependenți de droguri

5.1. Droguri psihoactive

Nu a existat nicio cultură în istorie fără droguri psihoactive. Acestea au fost utilizate în trei moduri: pentru ritualuri religioase sau de divinizare, ca medicamente și „în scop recreațional”.

În culturile vechi, cunoștințele despre și posesia de droguri psihoactive au fost limitate la persoane privilegiate – preoți, șamani și medici (deseori fiind aceeași persoană) – cu o poziție puternică în societate. Accesul la și consumul de medicamente psihoactive de către persoanele neprivilegiate erau considerate drept subminare a puterii și se pedepseau de către cei competenți. Aceasta explică parțial istoria reglementării drogurilor psihoactive și a termenilor „licit/ilicit” și „legal/ilegal” care sunt valabili în cazul drogurilor.

Din punct de vedere medical și sociologic, utilizarea oricăror substanțe psihoactive presupune riscuri pentru sănătatea individului și societate. În consecință, trebuie să se emită regulamente în care să fie luate în considerare riscurile. Drogurile psihoactive care sunt în prezent acceptate la nivel social și legal pentru uz în scop recreațional, precum tutunul și alcoolul, sunt, de asemenea supuse reglementării într-o oarecare măsură (pe străzi, la locul de muncă, pentru tineri). Însă, din cauza unei creșteri masive a producției, comerțului, traficului și consumului de droguri psihoactive pentru uz în scop recreațional în secolul al XX-lea, trei convenții ale ONU

privind drogurile psihoactive¹ au prevăzut o abordare strict prohibitivă (și nu o abordare de reglementare) în ceea ce privește utilizarea în alte scopuri decât cele medicale ale drogurilor psihoactive definite ca droguri ilicite. Acest lucru este valabil și în cazul legilor naționale privind drogurile psihoactive din majoritatea țărilor. Drept urmare, în multe țări, începând din anul 1960, au crescut considerabil condamnările pentru încălcarea legilor de interdicție a drogurilor, prin urmare, și ratele de încarcerare, fără a se obține un control deplin al existenței pieței negre de droguri ilicite, dată fiind violența, anarhia și dinamica puternică a acestora. Acum s-a văzut faptul că această abordare nu a avut niciun succes în „războiul împotriva drogurilor” și că trebuie să se conceapă modele post-interdicție de reglementare a drogurilor.²

Examinând lista de droguri psihoactive acceptate la nivel social („licite”) (tutun, alcool, cafeină, în unele țări-khat, nuci de betel și alte substanțe) și de droguri ilicite (opioace, cocaină, derivate de amfetamină, canabis, droguri halucinogene, benzodiazepine și altele), este clar faptul că:

- acceptarea socială și legală a drogurilor psihoactive diferă la nivel istoric (interdicția asupra alcoolului în anii 1930 în SUA) și la nivel geografic (vânzarea de canabis în Olanda, khat acceptat în Yemen, însă nu în Arabia Saudită învecinată);
- acceptarea socială și legală a drogurilor psihoactive nu depinde de amploarea riscurilor pentru sănătate: daunele pentru sănătatea persoanelor, sănătatea publică și impactul asupra încălzirii globale prin îmbolnăvire din cauza alcoolului și a tutunului depășesc cu mult riscurile pentru sănătate ale altor substanțe psihoactive.³

Drogurile psihoactive sunt clasificate în general în funcție de structura lor chimică și/sau efectul acestora asupra sistemului nervos central, cu o oarecare suprapunere a categoriilor: alcool etilic, nicotina din tutun, cafeina, sedativele și hipnoticele, canabinoizii, opioacele și opioizii, cocaina, amfetaminele și derivatele acestora, halucinogene și volatile. Cu excepția cafeinei, consumul cronic al tuturor grupelor de substanțe menționate anterior este asociat cu efecte adverse asupra sănătății și cu riscul de a dezvolta

1. Convenția unică a ONU privind drogurile narcotice 1961; Convenția ONY privind substanțele psihotropice 1971; Convenția ONU împotriva traficului ilicit de droguri narcotice și substanțe psihoactive 1988.

2. Transformarea fundației politicii drogurilor: *După războiul împotriva drogurilor: proiect de regulament* (Bristol, 2009).

3. OMS: *Neuroștiința consumului și dependenței de substanțe psihoactive* (Geneva, 2004).

dependență. În plus, apariția drogurilor sintetice noi pe piața neagră europeană a drogurilor - un fenomen în creștere constantă - este o problemă de mare interes.⁴

Toate acestea acționează prin atașarea de anumiți receptori din sistemul nervos central care mobilizează neurotransmițătorii ce activează sau inhibă activitatea neuronală în diferite structuri biochimice și electrofiziologice complexe la nivelul legăturilor sinaptice. În cazul consumului repetat de substanțe psihoactive, creșterea numărului de receptori și creșterea inducției de enzime (necesare pentru degradarea drogului) formează baza chimică a toleranței.

Neuroștiința și tehnicile moderne de imagistică care vizualizează activitatea creierului au arătat că există trei arii pe creier care joacă un rol predominant în reactivitatea la drogurile psihoactive și la instalarea dependenței: aria tegumentală ventrală, sistemul dopaminergic mezolimbic și cortexul.

Toate substanțele psihoactive provoacă o senzație de satisfacție în aceeași măsură și în aceleași arii ale creierului, asemenea stimulilor care sunt vitali pentru supraviețuire, cum ar fi hrănirea și reproducerea. Creșterea dopaminei în sistemul dopaminergic mezolimbic și reacția biochimică la toate satisfacțiile neașteptate au fost măsurate ca fiind mult mai mari sub influența drogurilor psihoactive decât a stimulilor naturali cum ar fi aportul de hrană. Sistemul dopaminergic mezolimbic joacă, totodată, un rol major în motivația emoțională și consolidarea proceselor de învățare, un mecanism care, în combinație cu reorganizarea neuronală – „plasticitate sinaptică” - pentru proiecția corticală (senzorială) și cea limbică (emoțională), poate reprezenta contextul biocomportamental al dependenței.⁵

5.2. Dependența fizică și psihică de droguri

În ciuda unor astfel de reacții biologice identificate din ce în ce mai mult prin studii neuroștiințifice, nu toți cei care consumă droguri psihoactive devin dependenți fizic sau psihic de substanțe psihoactive. Termenul „dependență psihică” se referă în general la un comportament compulsiv, nu doar în legătură cu substanțele, ci și, spre exemplu, cu jocurile de noroc.

4. EMCDDA: Drogurile noi depistate în UE cu o frecvență de unul pe săptămână, conform agențiilor, Comunicat de presă nr. 2/2012 (26 aprilie 2012).

5. OMS: *Neuroștiința consumului și dependenței de substanțe psihoactive* (Geneva, 2004).

Dependența fizică

În afară de structura chimică a unei substanțe și de reacțiile biologice ale acesteia în creier, există o serie de factori care încurajează instalarea dependenței fizice sau psihice de droguri:

- substanța, disponibilitatea acesteia, doza, frecvența, durata consumului și calea de aplicare pot juca, de asemenea, un anumit rol;
- dezvoltarea unei tulburări de personalitate la un consumator de droguri poate avea un efect profund asupra probabilității de a dezvolta dependența psihică de o substanță: dezvoltarea deficienței a ego-ului cu un control ulterior precar al super-ego-ului a fost considerată responsabilă pentru lipsa de autonomie personală care duce la dezvoltarea unui comportament de retragere din conflicte și la căutarea unor soluții surogat cum ar fi consumul de droguri; tulburări de personalitate, care sunt frecvent diagnosticate la pacienții dependenți de droguri, precum și un istoric de abuz în copilărie ar putea fi elemente ce contribuie la dezvoltarea abuzului de substanțe;
- alte comorbidități psihiatrice, cum ar fi tulburările bipolare și schizofrenia, deseori însoțesc consumul și dependența de droguri și pot avea o influență puternică asupra dezvoltării dependenței de droguri. Este cunoscut faptul că bolile psihice și dependența de substanțe au în comun disfuncția sistemului dopaminergic mezolimbic;
- educația precară, dezavantajele sociale și personale, izolarea socială, șomajul, lipsa planurilor de viitor și incapacitatea de a face față acestor condiții adverse (mai ales la tineri) determină susceptibilitatea oamenilor la dependența de droguri;
- mediul social – cultura și ceea ce numim „subcultura” consumatorilor de droguri, cu o mulțime de coduri și rituri, – poate, de asemenea, să aibă o anumită contribuție;
- există din ce în ce mai multe dovezi privind comportamentul, conform căruia factorii genetici au o influență semnificativă asupra dezvoltării dependenței de substanțe.⁶

Prin urmare, dependența de droguri este o tulburare multifactorială generată de o interacțiune complexă a factorilor individuali, psihosociali, sociali și neurobiologici, care fac ca o persoană expusă drogurilor psihoactive să devină susceptibilă de a dezvolta alterări neurofiziologice persistente în creier care sunt responsabile pentru dependența de droguri și care fac

6. OMS: *Neuroștiința consumului și dependenței de substanțe psihoactive* (Geneva, 2004).

dificilă abstenența pe termen scurt. În baza acestor alterări persistente din creier, dependența de substanțe este o boală cronică și, asemenea altor boli cronice precum diabetul și hipertensiunea, se caracterizează printr-o evoluție îndelungată și reveniri frecvente; aceasta poate fi tratată, însă reori vindecată pe termen scurt.

Dependența psihică

Dependența psihică este descrisă (și nu definită) drept o „monopolizare a sistemului atenției de către stimuli dependenți” sau „un comportament compulsiv continuat în ciuda conștientizării consecințelor negative ale acestuia asupra sănătății și societății”. Prin contrast, există criterii foarte clare de diagnosticare pentru dependența de droguri. Conform Clasificării internaționale a bolilor, versiunea 10 (ICD-10), diagnosticul dependenței de droguri trebuie stabilit dacă există mai mult de trei dintre următoarele elemente:⁷

- o dorință puternică sau compulsie de a consuma substanța;
- dificultăți de controlare a comportamentului de consumare a substanței sub aspectul debutului, al terminării sau al nivelurilor de consum;
- o stare de retragere psihologică la încetarea sau reducerea consumului substanței, așa cum se evidențiază prin sindromul de retragere caracteristic pentru substanța respectivă;
- evidența toleranței, astfel încât se impun doze crescute din substanța psihoactivă pentru a se obține efectele produse inițial de dozele mai mici;
- neglijarea progresivă a plăcerilor sau intereselor alternative din cauza consumului substanței psihoactive, creșterea perioadei necesare de obținere sau administrare a substanței sau de recuperare în urma efectelor acesteia;
- persistarea în consumul substanței în ciuda evidențelor clare ale unor consecințe extrem de vătămătoare.

Criteriile de diagnosticare din Manualul statistic și de diagnosticare a bolilor mentale (DSM-IV) sunt în esență aceleași, în afară de elementul suplimentar „dorința persistență sau eforturile nereușite de a reduce sau controla consumul substanței”⁸

7. OMS: ICD-10 (Geneva, 2010).

8. Asociația Americană de Psihiatrie: *Manual statistic și de diagnosticare a bolilor mentale* (Washington DC, 1994).

Consecințe negative

Consecințele negative pentru sănătate ale dependenței de droguri psihoactive includ efectele toxice acute și cronice ale drogului în sine, supradoza accidentală sau pentru sinucidere, intoxicația, accidentele în trafic și toxicitatea cronică, în principal prin alcool și tutun, dar și stările neuropsihiatrice cronice ale altor grupe de substanțe. Alte urmări negative asupra sănătății se referă la sărăcie și stilul de viață, cum ar fi malnutriția, bolile sexual transmise, tuberculoza și problemele stomatologice, sau la rădăcina aplicării drogului, cum ar fi infecțiile HIV/hepatita B și C transmise prin sânge, septicemia bacteriană, abcese pulmonare, endocardita și alte injecții intravenoase, sau distrugerea mucoasei nazale la persoanele care prizează cocaină, printre altele.

Se profită de compulsia consumatorilor cu dependență de droguri de către piața drogurilor, adică piața drogurilor acceptate legal (alcool, tutun) și, într-o măsură mai mare, piața neagră a drogurilor ilicite, cu consecințe sociale negative. Ilegalitatea drogurilor psihoactive este în mod evident în interesul comercianților și intermediarilor datorită marjelor semnificative de profit care le permit acestora să facă bani mulți într-un timp scurt și să aducă persoanele dependente de substanțe, deseori defavorizate deja la nivel social, la îndatorare, sărăcie, izolare socială, prostituție, criminalitate și închisoare.

Având în vedere aceste consecințe negative ale dependenței de substanțe și numărul crescut de pacienți dependenți de substanțe în multe societăți, în ciuda „războiului împotriva drogurilor” și a caracterului cronic al afecțiunii, trebuie să se sublinieze importanța măsurilor eficiente de reducere a vătămării, astfel cum s-a evidențiat în capitolul 3 privind prevenirea răspândirii HIV/SIDA și a hepatitei B și C în penitenciare.

5.3. Gestionarea medicală a deținuților dependenți de droguri

După cum s-a menționat (a se vedea mai sus, Contextul epidemiologic), până la 30% dintre deținuți prezintă un istoric de consum de droguri problematic și/sau prin injecție și se poate estima că o mare parte dintre aceștia îndeplinesc criteriile de diagnosticare a dependenței fizice sau psihice de droguri. Pentru a le îndeplini cerințele de îngrijire medicală, personalul medical din

penitenciare trebuie să le identifice în cursul examinării medicale la sosire, să cunoască urgențele medicale care pot apărea la aceste persoane, să acorde atenție în mod corespunzător vulnerabilității lor specifice în închisoare, să caute măsuri disponibile pentru reducerea vătămării în închisoare, să asigure tratamentul adecvat al dependenței de droguri și să aranjeze din timp îngrijirea ulterioară a acestora la liberare.

Identificarea precoce de către personalul medical ale infractorilor dependenți de droguri în cadrul examinării medicale la sosire prezintă o importanță aparte pentru a se asigura pregătirea pentru tratamentul și susținerea în contextul sindromului de retragere și evaluarea riscului de suicid, a problemelor care apar, de regulă, imediat după încarcerare. În plus, așa cum s-a menționat în capitolul privind examenul medical la sosire, această oportunitate trebuie folosită pentru a furniza informații despre educație referitoare la infecții transmisibile prin sânge infractorilor consumatori de droguri și a-i invita să participe la acțiunile de consiliere și testare confidențială voluntară pentru HIV și hepatita virală.

Urgențele medicale ale persoanelor dependente de droguri includ stările acute de retragere și, ceea ce apare, de asemenea, în închisoare, intoxicația acută cu droguri. Sindromul retragerii, mai ales retragerea alcoolului și a benzodiazepinei, în unele cazuri și retragerea opiaceelor, poate fi o amenințare pentru viață, așadar, se impune terapia intensivă. Dacă echipa medicală din penitenciar nu are suficientă experiență și/sau dotări pentru tratarea unor astfel de cazuri, trebuie să se dispună transferarea promptă într-o unitate spitalicească; în caz contrar, se încalcă dreptul deținutului la un tratament adecvat.⁹ În acest sens, trebuie să se rețină faptul că tratamentul standard al retragerii opiaceelor este dezintoxicarea cu opioide, iar „retragerea la rece” – retragerea fără sprijin medical adecvat – trebuie considerată drept maltratare. Cutia medicală de prim-ajutor a echipei medicale din penitenciar trebuie să fie dotată corespunzător și, pe lângă aparatele generale de resuscitare, să conțină naloxonă și medicamente de dezintoxicare.

Vulnerabilitatea

Infractorii dependenți de droguri aparțin grupei de deținuți vulnerabili, deoarece ei sunt cotați la nivel inferior pe scara ierarhică a deținuților și se confruntă cu prejudecățile acestora și ale personalului mai puțin educat.

9. McGlinchey și alții c. Regatului Unit 50390/99.

Personalul trebuie să fie educat cu privire la faptul că dependența fizică de substanțe nu este un eșec al voinței sau al tăriei de caracter, ci o afecțiune medicală cronică deseori asociată cu alte tulburări psihice.

Comportamentul dependent și solicitant de droguri al infractorilor dependenți de substanțe îi face pe aceștia să devină ușor victime ale violenței, ale sexului constrâns și ale altor presiuni, precum presiunea de a schimba drogurile prescrise în tratamentul substitutiv cu opiacee. Prin încercarea lor de a face rost de droguri în închisoare, aceștia riscă să intre în datorii, în consecință ajungându-se la amenințare, persecutare și violență. Conform normelor CPT, una dintre sarcinile personalului medical din penitenciare este de a asigura asistență umanitară, mai ales deținuților vulnerabili,¹⁰ aceste norme incluzând, totodată, recomandări privind protecția și înlocuirea sub protecția confidențialității medicale.

Măsuri de reducere a vătămării

S-a demonstrat că infractorii dependenți de droguri continuă să aibă un comportament riscant în închisoare și, în lipsa măsurilor de reducere a vătămării în închisoare, aceștia reiau sau chiar încep să aibă un comportament care riscă transmiterea de infecții prin sânge. Prin urmare, din motive epidemiologice, medicale și etice, reducerea vătămării în închisoare este o cerință indispensabilă. Raționamentul, conceptele și măsurile de reducere a vătămării au fost descrise detaliat în capitolul 3 privind prevenirea răspândirii HIV/SIDA și a hepatitei B/C în penitenciare.

Tratamentul

Fără a menționa importanța primei epuizări a tuturor alternativelor posibile la încarcerare pentru infractorii dependenți de droguri, așa cum s-a subliniat mai sus, stabilizarea forțată în închisoare poate și trebuie să fie utilizată pentru tratamentul care, din cauza stilului de viață haotic al acestor persoane, nu a fost accesibil mai repede.

Tratamentul reușit necesită cooperarea deplină a pacientului. Tratamentul obligatoriu al pacienților dependenți de droguri așți psihic, deși este prevalent încă în legislația penală din mai multe țări, este atât medical, cât și etic mai mult decât controversat. Dependența psihică de droguri este o boală

10. Normele CPT din 2002 (rev. 2011).

cronică predispusă la recurențe care necesită tratament pe termen lung, asemenea oricărei boli cronice.

Așa cum s-a evidențiat mai sus, o mare parte dintre pacienții dependenți de substanțe suferă de comorbidități psihiatrice suplimentare care trebuie să fie diagnosticate și tratate corespunzător. S-a arătat clar faptul că tratamentul farmacologic al tulburărilor depresive sau schizofrenice comorbide este eficace în tratarea dependenței de substanțe.¹¹ În cazul tratamentului farmacologic al altor stări psihiatrice, prescrierea de benzodiazepine în închisoare trebuie să fie abordată cu multă atenție, iar administrarea acestora trebuie să fie controlată vizual datorită riscului mare de diversiune, precum este cazul drogurilor prescrise în tratamentul substitutiv cu opioizi.

Deoarece obiectivul de abținere al tratamentului în funcție de opiacee este greu realizabil pe termen scurt, orientarea majorității conceptelor de tratament actuale a trecut de la strategii de abținere la acceptarea consumului de droguri, de rând cu tratamentul de reducere a vătămării care încearcă să stabilizeze situația psihosocială a clientului dependent de droguri, să reducă criminalitatea, să țină pacientul în viață și, în termeni terapeutici, să reducă consecințele adverse asupra sănătății. Acestea funcționează cel mai bine în combinație cu substituția orală de opioizi.

Conform etiologiei multifactoriale a dependenței de substanțe, există o serie întregă de concepte de tratament psihologic și psihosocial, de la diverse tehnici psihoanalitice, cum ar fi terapia Gestalt, la terapii comportamentale cognitive, cum ar fi gestionarea situațiilor neprevăzute, prevenirea revenirii la consum și tehnici de consolidare motivațională. Alegerea celei mai bune strategii posibile de tratament psihosocial în fiecare închisoare va depinde inevitabil de resursele prevalente și de experiența echipei medicale.

Îngrijirea ulterioară

Pregătirea și planificarea sprijinului în comunitate după liberare sunt importante pentru fiecare deținut, însă pentru infractorii dependenți de droguri acestea sunt vitale: datele raportate din toată lumea, care examinează rata mortalității în rândul consumatorilor de droguri după liberarea din închisoare, sunt extrem de mari, mai ales în primele două săptămâni de la liberare. Majoritatea acestor consumatori de droguri mor din cauza intoxicației

11. OMS: *Neuroștiința consumului și dependenței de substanțe psihoactive* (Geneva, 2004).

cu droguri datorate supradozei, din cauza toleranței reduse la opiacee după aportul întrerupt sau redus în închisoare. Tratamentul substitutiv de întreținere cu opioizi s-a dovedit a reduce semnificativ acest risc.¹² Prin urmare, în plus față de aranjamentele pentru sprijin în comunitate după liberare, cum ar fi pentru locuințe, resurse financiare, probleme familiale, educație, angajare și sprijin psihic continuat,¹³ se recomandă insistent educarea cu privire la riscurile supradozei din cauza toleranței reduse și, în cazul infractorilor dependenți de opiacee, continuarea tratamentului substitutiv cu opiacee la liberarea din închisoare.

12. OMS Europa: *Prevenirea problemei acute a mortalității asociate drogurilor în rândul populației din penitenciare în perioada imediat următoare liberării* (Geneva, 2010).

13. Activități de îngrijire permanentă în parteneriat: *Servicii de îngrijire permanentă pentru deținuți cu probleme legate de consumul de droguri*, ed. M. MacDonald și alții, Comisia Europeană (Bruxelles, 2012).

Lista site-urilor de referință

AMM: Codul Internațional de Etică Medicală (rev. 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

AMM: Declarația de la Edinburgh privind condițiile din penitenciare și răspândirea tuberculozei și a altor boli transmisibile (2000, rev. 2011) www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

AMM: Declarația de la Geneva, 1948 www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

AMM: Declarația de la Tokyo. Ghid pentru medici cu privire la tortură și alte tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante în legătură cu detenția și încarcerarea. Tokyo, 1975, rev. Divonne-les-Bains 2005 și 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

AMM: Declarația privind percheziția corporală a deținuților, Budapesta, 1993 (rev. 2005) www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

AMM: Declarația privind persoanele aflate în greva foamei de la Malta, 1991 (rev. 1992 and 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

AMM: Declarația privind sprijinul pentru medicii care refuză să participe la sau să accepte aplicarea torturii sau a altor forme de tratamente crude, inumane sau degradante, Hamburg 1997. www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

AMM: Rezoluția privind responsabilitatea medicilor de a denunța actele de tortură sau tratament crud, inuman sau degradant de care au cunoștință. Helsinki, 2003. www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/

Asociația Americană de Psihiatrie: Manual statistic și de diagnosticare a bolilor mentale (DSM) www.psychiatry.org/practice/dsm

Baza de date CPT www.cpt.coe.int/en/database.htm

Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. și alții: Detecția moleculară rapidă a tuberculozei și a rezistenței la rifampicină. *N Engl J Med* 363 (2010), 1005-15 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

Carta socială europeană <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

CDC (Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor): Dezinfectarea seringilor pentru consumatorii de droguri prin injectare, 2004 www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf

CDC, MMWR (7 iulie 2006): Prevenirea și controlul tuberculozei în instituțiile de corecție și de detenție: Recomandări din partea CDC www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

Convenția ONU împotriva traficului ilicit de droguri narcotice și substanțe psihoactive 1988 www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

Convenția ONU privind substanțele psihotropice, 1971 www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

Convenția unică a ONU privind drogurile narcotice, 1961 (astfel cum a fost modificată prin Protocolul din 1972 de modificare a Convenției unice privind drogurile narcotice, 1961) www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

Curtea Europeană a Drepturilor Omului. Baza de date <http://hudoc.echr.coe.int>

Document de poziție OMS/UNODC/UNAIDS. Terapia substitutivă de întreținere în gestionarea dependenței de opioace și prevenirea HIV/SIDA, 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

Eficacitatea intervențiilor pentru abordarea HIV în penitenciare, Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune, Geneva, 2007 www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

EMCCDA (Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie) www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

EMCDDA 2010. www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9

EMCDDA 2012: Drogurile noi depistate în UE cu o frecvență de unul pe săptămână, conform agențiilor. www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

EMCDDA: Alternative la încarcerare - vizarea infractorilor consumatori de droguri problematici din UE, 2005 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html

- EMCDDA: Cele mai bune practici: Zona liberă de droguri din închisoarea Hirtenberg. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview
- Ghid pentru gestionarea diagnosticului dublu pentru penitenciare. Departamentul de Sănătate, Regatul Unit, 2009 www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_final_2009.pdf
- Ghidul clinic NICE. Tulburarea de personalitate antisocială: Tratament, gestionare și prevenire. NHS (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf
- Ghidul clinic NICE. Tulburarea de personalitate Borderline: ghidul NICE privind tratamentul și gestionarea. Societatea Britanică de Psihologie și Colegiul Regal al Medicilor Psihiatri (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf
- Jürgens R., Nowak M. și Day M: HIV și încarcerarea: penitenciare și detenție. Jurnalul Societății Internaționale pentru SIDA 14:26 (2011) www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491
- Kastelic A., Pont J. și Stöver H: Tratamentul substitutiv cu opioide în spații de detenție. Ghid practic, 2009 https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf
- Normele CPT (2002, rev. 2011)
- OMS Europa: [Politica] HIV/SIDA în închisoare.
- OMS Europa: Prevenirea problemei acute a mortalității asociate drogurilor în rândul populației din penitenciare în perioada imediat următoare eliberării. www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf
- OMS Europa: Sănătatea în închisoare: ghid OMS privind elementele fundamentale ale sănătății în închisoare www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
- OMS/UNODC/UNAIDS Intervenții pentru abordarea HIV în penitenciare: analiza complexă (Dovezi pentru Cartea Tehnică de Acțiune), Geneva, 2007
- OMS/UNODC/UNAIDS: Ghid de lansare și gestionare a programelor privind ace și seringi: programe privind ace și seringi în spații închise. 2007 www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

- OMS: Acțiuni de sănătate publică pentru prevenirea suicidului, 2012 who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- OMS: Clasificarea ICD-10 a afecțiunilor psihice și comportamentale www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf
- OMS: Controlul tuberculozei în penitenciare [WHO/CDS/TB/2001/.281], Geneva, 2000 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf
- OMS: Eficacitatea elaborării de programe privind ace și seringi sterile pentru reducerea HIV/SIDA în rândul consumatorilor de droguri prin injectare, 2004 www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf?ua=1
- OMS: Fișe de informare, octombrie 2012 (rev. 2014) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en
- OMS: Neuroștiința consumului și dependenței de substanțe psihoactive, Geneva, 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf
- OMS: Orientări privind infecția cu HIV și SIDA în închisoare www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf
- OMS: Raport global privind tuberculoza, 2013 www.who.int/tb/publications/global_report/en
- OMS: Tuberculoza în penitenciare www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en
- Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx
- Penal Reform International: Declarația de la Dublin privind HIV/SIDA în penitenciarele din Europa și Asia Centrală www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hiv-aids-prisons-europe-central-asia/
- Politica OMS privind activitățile TB/HIV în colaborare: orientări pentru programe naționale și alte părți implicate, 2012 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf
- Prevenirea tulburărilor psihice. Intervenții și opțiuni de politică eficiente. Un raport al Organizației Mondiale a Sănătății. Departamentul de Sănătate Mentală și Abuz de Substanțe în colaborare cu Centrul de Cercetare pentru Prevenție al Universităților din Nijmegen și Maastricht, OMS, 2004 www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

- Principii de etică medicală relevante pentru rolul personalului medical, în special al medicilor, în protejarea prizonierilor și a deținuților împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante, ONU, 1982 (Rezoluția Adunării Generale 37/194 din 18 decembrie 1982) www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics
- Protocolul de la Istanbul. Manual privind investigarea și documentarea eficientă a torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf
- Raportul UNAIDS privind epidemia globală SIDA din 2010 (noiembrie 2010) www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp
- Recomandarea R (1998) 7 a Consiliului de Miniștri privind aspecte de etică și organizare a asistenței medicale în penitenciare. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)
- Recomandarea Rec(2006)2 a Consiliului de Miniștri privind regulile penitenciare europene. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
- Rezumatul politicii UNODC. Prevenirea și îngrijirea pentru HIV în închisoare și alte spații închise: un pachet complex de intervenții, 2012 www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf
- Schimbul de ace în închisoare: Lecții învățate dintr-o analiză complexă a dovezilor și a experienței internaționale. Rețeaua Legală Canadiană HIV/SIDA 2006 www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173
- Servicii de îngrijire permanentă pentru deținuții cu probleme legate de consumul de droguri http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf
- Transformarea fundației politicii drogurilor: După războiul împotriva drogurilor: proiect de regulament. 2009 www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation
- UNAIDS/UNODC/OMS: Prevenirea, îngrijirea, tratamentul și sprijinul pentru HIV/SIDA în spațiul de detenție: un cadru pentru o reacție națională eficientă. https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

UNODC: De la coerciție la coeziune: tratarea dependenței de droguri prin îngrijire medicală, nu pedepse. Dezbaterăa unui atelier științific, 2009. www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf

USAID/TBCTA/ICRC: Orientări privind controlul tuberculozei în închisoare, 2009 http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

www.unodc.org/documents/hivaids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

Î. S. Firma Editorial-Poligrafică „Tipografia Centrală”,
MD-2068, Chișinău, str. Florilor, 1;
Tel.: 022 43-03-60

www.coe.int

Consiliul Europei este organizația lider în promovarea drepturilor omului de pe continentul european. Acesta cuprinde 47 de state membre, dintre care 28 sunt membre ale Uniunii Europene. Toate statele membre ale Consiliului Europei au semnat Convenția Europeană a Drepturilor Omului, un tratat conceput să protejeze drepturile omului, democrația și statul de drept. Curtea Europeană a Drepturilor Omului supraveghează punerea în aplicare a Convenției în statele membre.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE