

Visita di studio e Workshop a Barcellona – 27-30 ottobre 2015

Visita presso il carcere di Granollers – Giovani adulti – 28 ottobre 2015

Presenti: delegazione MEDICS, Direttore del Carcere e Vicedirettori, Direttore sanitario

Il carcere ospita giovani adulti (età della responsabilità penale: 14 anni). Fino ai 18 anni sono minorenni, dai 18 ai 21-23 sono accolti in questo istituto. Questa fascia di età in Spagna gode di un trattamento specifico e di una attenzione al lavoro (secondo la legge). Qualora i giovani detenuti non dimostrino sufficiente maturità, rimangono nel carcere specifico per giovani fino ai 23 anni.

La capienza massima di questo istituto è di 450 detenuti. Quella reale è di 368. Il tasso medio di occupazione è stato di 370. Oggi abbiamo solo 246 detenuti. I motivi riguardano il fatto che la maggior parte dei detenuti sono stranieri, ed oggi in Catalogna vi sono molti meno stranieri rispetto a qualche anno fa. Con la crisi economica, gli stranieri si sono spostati e sono andati via. La percentuale di stranieri detenuti è al 70% , mentre prima arrivava all'80%. Vi è anche una politica di espulsione degli stranieri molto "spinta".

Il carcere è di tipo ordinario, come la media sicurezza degli adulti. È strutturato in moduli residenziali con spazi dedicati alla vita in comune. Vi è una sezione di "massima sicurezza", una scuola, un'infermeria, una palestra, dei laboratori. La filosofia che sta alla base della presa in carico effettuata in questo istituto è che si deve interrompere ad ogni costo la "carriera delinquenziale" del giovane autore di reati. Qui la dotazione di personale addetto al trattamento è più alta di quella degli adulti: vi sono circa 50 operatori fra educatori, psicologi (che dipendono dal Ministero della giustizia e non dalla sanità, lo stesso Direttore è uno psicologo), assistenti sociali, formatori, istruttori sportivi. Il personale di sicurezza è circa 220 persone. L'istituto è suddiviso in moduli, in ognuno dei quali opera una équipe multidisciplinare: 4 giuristi, 8 psicologi, ecc. Vi sono programmi per la prevenzione della recidiva oppure per la disintossicazione da sostanze. L'osservazione è molto intensa, ed è finalizzata ad individuare qual è la caratteristica criminogenica del detenuto, che viene affrontata in primo luogo. Il 70% dei detenuti è condannato, mentre il 30% è in attesa di condanna definitiva. Il turnover nell'istituto è di circa 700/800 detenuti all'anno. Il 50% di coloro che entrano rimangono per poco più di tre mesi.

Si fa un lavoro specifico, ad esempio, sulla violenza domestica: empatia, controllo emotivo, gelosia, ruolo maschile, senso di responsabilità.

Vi è certamente un problema di comunicazione con le persone straniere. Tutti parlano più o meno spagnolo, ma per poter parlare di cose profonde di sé occorre una buona padronanza della lingua.

Abbiamo anche degli autori di reati sessuali, che seguono lo stesso programma che viene proposto agli adulti in altri istituti, soltanto che si chiama in modo diverso, per evitare il più possibile l'etichettamento come sex offender.

Il sistema dei moduli era basato sulla progressività basata sostanzialmente sul merito, cioè sulla rispondenza alle proposte trattamentali. Il Modulo 4 è per coloro che si adattano peggio. Il Modulo 1 è per i migliori. Il 2 ed il 3 sono intermedi. Nel Modulo 4 l'offerta comprende il minimo stabilito dalla legge. Nel modulo 1 si può avere ogni tipo di beneficio consentito dalla legge. Si può anche regredire da una situazione positiva. Questo sistema presenta diverse difficoltà: se si applica scrupolosamente, vi sono troppi movimenti da un modulo all'altro, ed anche il premio verso una migliore situazione finisce per provocare un disagio, per l'ennesimo adattamento ad una nuova condizione. E poi nel Modulo 4 non si può mai fare nulla, vi sono continuamente situazioni a rischio. Nel 2009, quando l'attuale direttore ha preso servizio, vi era 1 incendio al giorno.

Il direttore ha cambiato sistema ed ha inserito programmi trattamentali in ognuno dei moduli. Anche il lavoro è offerto agli occupanti di tutti i moduli. Vi sono sanzioni rigorose per il mancato rispetto dell'autorità.

Data la forte presenza di gang, si è cercato un equilibrio anche in questo tipo di "forze".

Quanto alla situazione della salute mentale, il Direttore Sanitario ha riferito che vi sono attualmente solo 24 persone in cura psichiatrica per le seguenti patologie: 16 ansia, 11 disturbi di personalità, 6 depressione.

Hanno verificato che non vi è rapporto tra n. di autolesioni e n. di suicidi.

La visita medica deve avvenire entro le 24 ore dall'ingresso. La scheda medica è informatizzata e comprende dati anche dalla vita libera. Si valuta lo stato d'animo psicologico con una scheda che comprende una serie di domande mirate. L'assistenza psicologica al detenuto scaturisce o da una richiesta dell'interessato o da una segnalazione dell'operatore. Il medico di famiglia può prescrivere un trattamento oppure rinviare alla visita dello psichiatra, il quale a sua volta può inviare un soggetto grave in ospedale.

Lo psicologo è in comunicazione continua con tutti gli operatori, sia della giustizia che della sanità.

VISITA DELLA STRUTTURA

Per la parte sanitaria, i partecipanti hanno osservato che l'infermeria è piuttosto sovradimensionata, dato il bassissimo numero di detenuti giovani malati.

Prima giornata di Workshop – Centro di Studi giuridici – Barcellona, 28 ottobre 2015

Presenti: delegazione MEDICS e Catalani

La dr.ssa Palmisano apre i lavori del 2° Workshop del Progetto MEDICS ringraziando per la visita svolta in mattinata, decisamente superiore alle aspettative di ognuno. Rileva che il progetto ha compiuto significativi progressi, che si riscontrano anche nella modalità di collaborazione fra i diversi partner, sperimentata sin dal mattino.

Nel precedente incontro svoltosi a Roma un anno fa, sono state stabilite le linee operative, si è chiarito cosa si voleva indagare, sono state indicate le finalità comuni da raggiungere. Palmisano ricorda che si vuole indagare quella parte di popolazione penitenziaria che non necessita di interventi sanitari, che non ha una patologia psichiatrica ma che comunque esprime un disagio psicologico durante la detenzione. Sono stati interpellati i lavoratori penitenziari, tutte le professionalità presenti negli istituti sono state coinvolte. Oggi possiamo confrontare anche i diversi sistemi dei partner, poiché i medesimi questionari sono stati somministrati anche in Croazia ed in Catalogna.

La prima finalità di questa fase del progetto è determinare la vastità del fenomeno del disagio mentale nelle carceri. La seconda finalità è individuare quale sia la modalità di gestione di tale disagio più idonea da proporre come modello.

La visita svolta questa mattina ha permesso di compiere un passo in avanti nella nostra proficua collaborazione. Il modello che ci è stato presentato è estremamente interessante per le nostre necessità e dimostra, ancora una volta, la grande utilità degli scambi fra Paesi diversi. Ad esempio, in Italia la fase del cambiamento nella gestione penitenziaria è iniziata sin dal 2012, ed è stata accelerata da due sentenze della CEDU che hanno spinto il nostro Paese a compiere importanti riforme e modifiche nell'approccio alla detenzione.

Oggi è un momento fondamentale perché possiamo ascoltare quale è stato il percorso dei due Paesi partner presenti (Croazia e Catalogna), mentre l'Inghilterra e Galles ha collaborato in modo diverso, ed ascolteremo dal dr. Starnini qual è stato il contributo che hanno fornito.

Manca ancora una parte del lavoro italiano, della quale parlerà il prof. Santoro venerdì mattina.

In questo workshop dovremo anche decidere quali saranno gli ulteriori passi da compiere e in quali tempi, poiché la fine del progetto è ormai vicina: scade infatti il 31 maggio 2016, in seguito alla proroga di 4 mesi che abbiamo ottenuto dalla Commissione Europea.

Un cenno alle attività di formazione che si terranno in Italia, nelle tre regioni (tre istituti) in cui si svolgono le attività del progetto.

La nostra ambizione rimane quella di indirizzare una raccomandazione al Parlamento Europeo per proporre un modello di presa in carico del disagio mentale nelle carceri europee, e vedremo se ciò sarà un obiettivo raggiungibile o meno.

Dr. STARNINI:

Il dr. Starnini loda la collaborazione instaurata con l'Ufficio Studi e Ricerche del DAP, in quanto molto stimolante grazie al lavoro propulsivo della dr.ssa Palmisano.

Il partner del Regno Unito (il NOMS) era presente al primo Workshop di Roma, ma ha avuto difficoltà e ripensamenti, per cui ha inviato dei contributi scritti consistenti in studi e ricerche già svolte in materia di salute mentale in carcere. Anche in Inghilterra c'è stato un passaggio – come in Italia ed in Catalogna – della sanità penitenziaria dalla Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (NHS), cominciato nel 2003 (si vedano slides del dr. Starnini sulla situazione inglese). Solo nel 2012 si compie questo passaggio e la responsabilità della salute in carcere passa al NHS. È stabilita una collaborazione tra le varie agenzie coinvolte (NOMS, NHS e PHE) ed il controllo della qualità è esterno, affidato ad enti governativi e non governativi.

La ricerca scientifica della quale il NOMS ha fornito gli esiti differisce da quella di MEDICS perché gli Inglesi hanno intervistato i detenuti, mentre noi abbiamo interpellato il personale.

Quanto alla situazione in Italia, l'articolo 11 della Legge 354/75 già fa riferimento alla salute mentale in carcere, fissando la presenza di uno specialista in psichiatria negli istituti. Anche nel Regolamento di esecuzione del 2000 vi è un esplicito riferimento al disagio (negli articoli relativi all'ingresso in istituto ed al trattamento).

Presso il QG del DAP è ancora presente l'Ufficio Servizio sanitario nell'ambito della DG dei Detenuti e del Trattamento.

Nel 2007 una nuova circolare del DAP arricchisce il supporto ai nuovi giunti. Dispone la cooperazione con i servizi esterni, la creazione di reti con le ASL ed i Dipartimenti di Salute Mentale.

Dr. DE RISIO:

La ricerca condotta dal progetto MEDICS in collaborazione tra SIMSPE e DAP ha rilevato da un lato il dato reale, e cioè il numero di prestazioni specialistiche in ambito psichiatrico e di prestazioni farmacologiche, e dall'altro il dato percepito, cioè il "dato oscuro", poiché il disagio psichico è spesso dissimulato dal detenuto, al fine di evitare ulteriore isolamento dagli altri compagni di detenzione.

Sono state ottenute 363 risposte ritenute valide.

Dr. DE TIBERIIS:

I risultati di questa nostra ricerca (perlomeno in Italia) possono essere letti da due punti di vista:

- 1) Come ha risposto il sistema penitenziario, cioè i tre istituti coinvolti, alle nostre sollecitazioni. Non è usuale porre domande al personale penitenziario relativamente ai problemi psichici o emotivi dei detenuti. Abbiamo rilevato una buona sincerità delle risposte, non c'è stata una ricerca del "politicamente corretto" né una prevedibilità per fare "bella figura". Abbiamo avuto risposte dai 2/3 degli interpellati, con prevalenza in certe aree di personale piuttosto che in altre. Le risposte indicano un'apertura ad eventuali ed auspicabili miglioramenti.
- 2) Emerge una richiesta di "meno sanità e psichiatria" e di maggiore attenzione al "clima" carcerario. Si rileva il bisogno di una "comunità" carceraria, invece di una immagine "psichiatrizzata" del detenuto. Si potrebbe dire, con una sorta di slogan "più pedagogia e meno psichiatria". Ad esempio, ci si può interrogare sul rapporto con la famiglia, sul tema della speranza (del detenuto) rispetto al tempo che passa, sulla qualità dei rapporti che si instaurano durante la detenzione; su come ci guarda l'esterno (vi è ad esempio il timore che iniziative favorevoli ai detenuti siano viste come eccessi dall'opinione pubblica). Inoltre, non c'è un "filo rosso" che collega i vari interventi degli operatori sulla singola persona. Quindi, la richiesta che ci viene fatta attraverso le risposte date ai nostri questionari è proprio la necessità di un approccio globale non troppo sanitarizzato. Il proposito sarebbe quello di andare verso una organizzazione che somiglia a quella osservata nell'istituto visitato in mattinata, basata sulla motivazione del detenuto a partecipare alla vita dell'istituto.

Dr.ssa Victoria UMET (Catalogna)

La partecipazione ai questionari è stata del 23% su un totale di 744 potenziali partecipanti. La partecipazione meno cospicua è stata quella dei volontari, per una serie di ragioni anche pratiche.

In merito all'anzianità di servizio, si rileva che il 43% dei partecipanti ha almeno 6 anni di anzianità. Coloro che hanno più esperienza fra i partecipanti risultano essere i medici e gli infermieri.

Colpisce il livello di istruzione del personale: più del 70% (compreso il personale di sorveglianza) di coloro che hanno risposto ha una laurea.

Dr.ssa Andrea RUSSO (Croazia)

Visita del carcere di Brians 1 – uomini, donne, centro psichiatrico – 29 ottobre 2015

Presenti: direttore, vicedirettrice (responsabile reparto femminile), direttore sanitario

Il carcere fu costruito circa 25 anni fa; in origine era costituito da 4 moduli per ospitare circa 700 persone. In seguito è stato ampliato con la costruzione del reparto femminile, di un "centro aperto" e del centro psichiatrico.

Oggi ospita circa 1300 detenuti ed è strutturato come un "sistema". Vi si trova: il regime ordinario, il centro aperto, il regime chiuso (per max 28 detenuti), il centro psichiatrico dove si eseguono interventi per ragioni psichiatriche. La maggioranza dei detenuti è condannata, con un numero di detenuti non definitivi tra i 50 ed i 100.

Il regime ordinario prevede che si rimanga al di fuori della cella per tutta la giornata, tranne che per due ore ogni giorno dopo il pranzo e nei weekend, quando le attività sono ridotte.

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

Quanto ai permessi ed ai benefici, cui si può accedere in genere dopo aver scontato $\frac{1}{4}$ della pena, se si tratta di permessi della durata inferiore ai tre giorni, la decisione spetta al Direttore, mentre se la durata è superiore ai 3 giorni decide l'equipe con approvazione del giudice del trattamento.

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

Il personale del trattamento comprende 30 psicologi, 30 educatori, 15 assistenti sociali, 18 istruttori di formazione professionale, 13 giuristi, più tutto il personale medico e psichiatrico

Vi sono laboratori per le lavorazioni. Il lavoro penitenziario è retribuito con circa 200 € al mese per una prestazione di 4 ore al giorno. I detenuti che lavorano all'interno del carcere sono circa 700.

Incontro col responsabile del centro psichiatrico (dr.) del carcere di Brians 1. UHPP: Unità Ospedaliera di Psichiatria Penitenziaria

Nelle carceri più piccole, cioè con un numero di detenuti inferiori a 1000, vi è un servizio di psichiatria con lo specialista che effettua prestazione per alcune ore. Se in quegli istituti vi è un problema serio, il detenuto è inviato a questo Centro, che è un vero e proprio ospedale e dipende direttamente dall'ospedale San Giovanni di Dio di Barcellona.

Negli istituti con più di 1000 detenuti e fino a 2000 detenuti, si hanno unità stabili come questa. In Catalogna, questo è l'unico ospedale psichiatrico penitenziario esistente, fornisce assistenza a tutti gli istituti penitenziari della nostra Comunità autonoma e tutti i medici e gli psichiatri operanti nell'area ci

mandano, se necessario, i loro pazienti schizofrenici, bipolari, che hanno tentato il suicidio, ecc.

La parte sanitaria è garantita dalla sanità pubblica, mentre la sicurezza è responsabilità della giustizia. Assicuriamo un servizio di emergenza psichiatrica 24/24.

Abbiamo una unità "acuti", una unità "subacuti" ed una unità di riabilitazione, per un totale di 62 posti letto. Quando il paziente è stabilizzato, è dimesso e rinvio al modulo di provenienza. Se necessario, è seguito in maniera ambulatoriale.

Coloro che sono sottoposti a misure di sicurezza, cioè che non sono imputabili, non possono stare con gli altri detenuti ordinari. Anche l'assistenza del medico di famiglia è garantita, oltre a quella psichiatrica. In Spagna (cioè nel resto della Spagna) vi sono 2 centri psichiatrici uno ad Alicante ed uno a Siviglia, per cui può darsi che una persona sottoposta a misura di sicurezza che deve essere ricoverata in psichiatria si trovi poi ad essere lontana molte centinaia di chilometri dalla famiglia e dal suo territorio di provenienza. Qui invece si può lavorare molto con le famiglie poiché le distanze sono molto inferiori in quanto tutti i pazienti provengono dalla Comunità Autonoma Catalana.

È il giudice che decide dove si deve eseguire una misura di sicurezza (e decide spesso in consultazione con lo stesso reparto psichiatrico).

Abbiamo un programma speciale sul ritardo mentale, in particolare quello definito "funzionale" cioè relativo a persone che non sanno scrivere, o al migrante che non conosce affatto la lingua del paese in cui si trova. In questi casi vi è una grande difficoltà ad applicare i test del DSM IV, per chi non sa leggere né scrivere né comprende la lingua spagnola. In Catalogna è previsto anche l'internamento in Centri Educativi Speciali. In ambito penitenziario, c'è una comunità per il ritardo mentale funzionale nel carcere di Quatro Caminos (totale di 50 posti letto).

La dotazione di personale del Centro psichiatrico di Brians è di 7 psichiatri, 2 psicologi, 3 educatori, 2 assistenti sociali 2 istruttori e 70 infermieri ed assistenti socio-sanitari, tutti lavorano su 3 turni.

Ad oggi abbiamo circa 60 posti letto occupati, ed abbiamo una camera sempre libera per le emergenze.

Qui curiamo i disturbi di personalità più gravi, mentre quelli più lievi li seguiamo facendo rimanere i detenuti nei loro moduli, altrimenti arriveremmo a ricoverare l'80% della popolazione penitenziaria presente.

La cartella sanitaria è informatizzataⁱ e contiene anche i dati relativi all'assistenza sanitaria primaria. È condivisa con gli istituti penitenziari, ma non con tutti gli ospedali civili. Il medico del carcere vede ciò che scrive il medico di famiglia, ma non è vero il contrario (almeno per il momento).

In carcere il medico penitenziario si firma con un numero, non con il proprio nome. Questo è un tema controverso, nel quale per ora prevale l'aspetto dell'incolumità del professionista, ma mette in discussione il diritto del paziente a conoscere il nome del proprio curante.

Seconda giornata di Workshop – Centro di Studi giuridici – Barcellona, 30 ottobre 2015

Presenti: delegazione MEDICS e Catalani

Dr. Starnini

Ringrazia per le visite dei giorni precedenti e per avere mostrato i tre modelli: giovani adulti, Brians 1 e Ospedale Psichiatrico Penitenziario. Evidenzia subito come in Italia un lavoro come quello che sta svolgendo il prof. Santoro, sulla eventuale continuità delle cure di salute mentale fra l'interno e l'esterno dell'istituto, sia estremamente difficile, per la quasi costante mancanza di dialogo o di collaborazione fra amministrazione penitenziaria ed autorità sanitarie regionali. Inoltre, manca quasi ovunque in Italia lo strumento della cartella sanitaria condivisa, anche se è una procedura che si sta attuando pian piano in ogni Regione.

Prof. Santoro

Presenta una relazione sullo scambio di informazioni fra i sistemi penitenziario e sanitario nel contesto nazionale italiano: mostra perplessità riguardo alla possibilità di proporre un modello europeo di intervento su tale asse proprio in relazione alle molte diversità presentate dalle giurisdizioni partecipanti al progetto.

Dr. Starnini

Ringrazia dell'intervento del Prof. Santoro e puntualizza sulla necessità evidenziata da tutti i partner di progetto presenti alla visita di studio di fare formazione integrata e continua del personale che in carcere lavora alla presa in carico del detenuto con disagio mentale. Specifica, inoltre, che la formazione integrata è ancor più utile per il disagio psichico. La Catalogna, prosegue, ha chiarito, durante la visita, che non tutti i detenuti presi in carico dal servizio penitenziario/sanitario sono malati psichiatrici, ma tutti hanno un disagio psichico (inoltre, si precisa con un esempio, in Catalogna il disturbo della personalità non è un disturbo psichiatrico).

Dr. de Tiberiis

Interviene precisando che la Catalogna ha fatto una scelta operativa e deontologica: il disturbo della personalità è seguito con programmi *ad hoc*, che focalizza l'intervento sui problemi relazionali delle persone affette da tale disagio. Alcune patologie, pur essendo inserite nei DSM4 e 5, non sono considerate mentali per una questione di risorse e di pericolo di *generalizzazione psichiatrica del carcere*.

Prof. Santoro

Domanda alla Catalogna se, al di fuori del carcere, il disturbo della personalità è considerato una patologia mentale.

Dr. Humet Matilla

Puntualizza sulla situazione catalana. In Catalogna, non si interviene con programmi speciali su coloro che sono affetti da disturbi della personalità. Abbiamo casi di doppia diagnosi, cioè di associazione del disturbo ad altre problematiche, quali l'abuso di droga, ad esempio. In questo caso, e nel caso coloro siano detenuti, l'intervento è duplice: sulla tossicodipendenza e sul disturbo della personalità. Al di fuori del carcere, coloro che sono affetti da disturbi della personalità non sono trattati come casi psichiatrici, e sono presi in carico dallo psichiatra, dallo psicologo e da un pool di esperti. Se la patologia si trasforma in altro, di elevato indice di pericolosità per la comunità, allora il soggetto patologico è trattato come caso psichiatrico.

Dr. de Tiberiis

Interviene precisando che bisogna agire un distinguo: bisogna considerare anche questo passaggio da Asse 2 a Asse 1 del DSM4. In Italia, quando sussiste questo passaggio, e il caso si carica di pericolosità o di altri aspetti di allerta, allora viene preso in carico come patologia psichiatrica. Altrimenti si rischia di generalizzare.

Dr. De Risio

Specifica che il DSM4, pur essendo uno strumento condiviso a livello internazionale, è stato superato dal DSM5, che prevede altri tipi di classificazioni. Ad ogni modo, ci sono altri fattori che sovrintendono alle scelte operative di presa in carico dei soggetti con disturbi della personalità da parte del personale penitenziario e/o sanitario. Uno di questi fattori è lo stress sul personale, atteso che il disturbo della personalità richiede grande attenzione al personale penitenziario; l'altro, le ripercussioni sul budget dell'organizzazione.

Dr. Starnini

Interviene affermando che in Catalogna i disturbi della personalità sono gestiti sia dallo staff del ministero della salute, sia dal personale del ministero della giustizia. In Italia, la carenza di personale fa sì che ci sia una stretta anche sui numeri di casi presi in carico dal servizio pubblico.

Dr. De Risio

Specifica che, da quanto conosciuto durante le visite agli istituti di pena catalani, in Catalogna la figura del Direttore penitenziario, in alcuni casi, si sovrappone a quella del magistrato di sorveglianza, come nel caso dei permessi di uscita che, quando inferiori a 3 giorni, sono autorizzati dal Direttore IP. Inoltre, non è un caso che i due direttori dell'istituto di Brians 1 sono due psicologi e gli psicologi sono nell'équipe di trattamento. L'idea che ho avuto durante le visite è che il carcere sia considerato come un centro diurno, che provvede ad aiutare il detenuto nel suo percorso di recupero della dignità sociale.

Prof. Santoro

Interviene chiedendo ai colleghi catalani se all'interno del carcere è garantita la parità di trattamento tra il dentro e il fuori, ovvero se i servizi forniti ai detenuti sono conosciuti ai detenuti stessi ed è chiara la procedura per l'accesso a tali servizi. Inoltre, è indubbio che, all'interno del carcere, il trattamento riabilitativo, se associato all'intervento psicologico, aiuta a non psichiatrizzare il contesto detentivo.

Dr. Barberan

Risponde che in Catalogna, tutti i detenuti sono a conoscenza dei progetti individualizzati. L'informazione arriva tramite l'équipe di trattamento. Anche il personale in sezione diventa un canale di comunicazione con i detenuti: inoltre, in Catalogna, vi è un altro strumento che aiuta e obbliga il personale penitenziario ad informare il detenuto: è il programma SAM, Sistema di Assistenza Motivazionale, che ogni tre mesi deve essere aggiornato e riferito al giudice per aumentare sui benefici penitenziari fruibili dal detenuto (ad esempio la liberazione anticipata).

Dr. de Tiberiis

Interviene spiegando il suo punto di osservazione.

La ricerca condotta in Italia ci fa assistere ad una situazione che definisce di "controtransfert istituzionale" rispetto ai detenuti. Ad esempio, se sviluppiamo con il paziente un rapporto di fiducia, attuiamo un transfert del paziente verso lo specialista e un controtransfert dello specialista verso il paziente.

Anche, l'istituzione può attuare il controtransfert verso il paziente. Con il progetto MEDICS abbiamo chiesto al sistema come si sente il personale con i detenuti con disagio mentale. Il controtransfert può prevedere anche delle risposte sbilanciate, che suddividiamo in tre categorie, e queste categorie funzionano bene con il carcere, dove entrambi gli attori della relazione agiscono in un luogo chiuso (il carcere):

1. Il soggetto a cui va indirizzato il controtransfert è rotto;
2. Il soggetto a cui va indirizzato il controtransfert è un bambino e non ha ricevuto mai abbastanza;
3. Il soggetto a cui va indirizzato il controtransfert non è né rotto, né è un bambino che dice di non avere attenzioni, ma, invece, è un soggetto pericoloso.

In carcere, in genere, si oscilla fra queste tre categorie. Questo tipo di controtransfert disfunzionale si sviluppa sempre di più e si arriva a soluzioni che sono punitive e infantilizzanti. Nella nostra ricerca, abbiamo inserito le nostre risposte in questa unica categoria punitiva-infantilizzante.

In Catalogna, mi sembra che la dimensione comunitaria, laddove l'istituzione si fa carico di entrare in relazione con il paziente non più in modalità noi-lui, ma di assunzione di responsabilità degli uni verso gli altri, è molto presente. Soprattutto, nella dimensione di ampliamento dello spazio della comunità.

Dr. Barberan

Replica dicendo che in Catalogna, infatti, lo spazio nelle nuove carceri è riconsiderato come lo spazio di un villaggio, che mette al centro la comunità uomini e donne.

Dr. De Risio

Interviene sollecitando una riflessione più ampia e sociale. Il detenuto e l'istituzione, il sorvegliare e il punire di ricordo foucaltiano. Durante la visita agli istituti penitenziari della Catalogna, il dott. De Risio ha rilevato che lo strumento usato all'interno dell'istituto è uno strumento sociale che non lede la dignità dell'uomo. Quello che ha constatato con amarezza, trasferendo le considerazioni nel contesto italiano, è la predominanza del pregiudizio rispetto alla cura del sociale, dentro e fuori al carcere. In Italia, alcune scelte più illuminate non sono state fatte anche per paura del giudizio sociale della comunità. Ad esempio, comparando la maggiore facilità del detenuto ad accedere ai servizi sociali nel carcere, rispetto alle difficoltà del comune cittadino nella società civile. E la considerazione della società rispetto al lavoro fatto in carcere dai vari attori, spesso, viene a mancare. Anche l'intervento penitenziario è a pieno regime solo quando il detenuto è condannato e fino alla condanna è parcheggiato in sezione e non riceve alcuna valutazione.

Dr. Barberan

Replica dicendo che il sistema SAM è applicato sia ai condannati che agli imputati.

Dr. Starnini

Alla luce di questi interventi, pone alcune domande. Pertanto, possiamo dire che l'accessibilità alle informazioni tra personale penitenziario/sanitario e detenuto, sancita dal programma SAM, che diventa anche uno strumento di valutazione del personale penitenziario, è un bisogno rilevato anche dal nostro sistema? E' uno strumento che può cambiare il nostro sistema?

Dr. De Risio

Risponde di sì, anche al fine di evitare che il detenuto o il personale penitenziario possa dire "non sapevo".

Dr. de Tiberiis

Interviene spiegando che la letteratura ci insegna che è importante il controtransfert istituzionale e il rapporto a due polarità. Il concetto, trasferito dal contesto psichiatrico al contesto penitenziario, aiuta a capire che è possibile agire in tal senso e verso quel processo, ma poiché, a differenza dell'ospedale psichiatrico giudiziario, non possiamo chiudere il carcere, il miglioramento della comunicazione e del rapporto fra il personale e il detenuto è un processo che dobbiamo avviare.

Dr. Barberan

Interviene rappresentando il percorso della politica penitenziaria in Catalogna. Afferma che tutto sommato, la storia della Catalogna ha avuto il vantaggio di ricominciare da zero: nel 1984 è stata la prima, ed unica, regione spagnola ad ottenere l'autonomia in materia penitenziaria. Hanno ereditato il sistema di Franco con alcuni vantaggi. La legge penitenziaria è stata la prima legge promulgata dopo la morte di Franco e la prima dopo la carta costituzionale del

1979. La legge penitenziaria è stata creata da molti ex-detenuiti del governo franchista ed è, a detta del dr. Barberan, molto più avanzata delle stesse regole penitenziarie europee. Dal 1984, la Catalogna ha spinto molto sulla carta costituzionale per averla alla base del lavoro penitenziario al trattamento del detenuto, diversificandosi così dall'impostazione spagnola che è maggiormente orientata ad un intervento securitario (di contrasto al terrorismo, ad esempio).

Dr. Humet Matilla

Puntualizza che tutte le carceri sono molto vicine agli uffici centrali e si ha così una facilità ad interagire con il carcere.

Dr. Starnini

Fa sapere che in Gran Bretagna, secondo quanto ricevuto dal partner MEDICS d'Oltremarica, il controllo sul carcere e sanità è molto demandato a soggetti esterni all'istituzione carceraria.

Prof. Santoro

Replica affermando che il controllo dall'esterno può essere un vantaggio, ma anche un forte impedimento per le difficoltà burocratiche che si creano. Ad esempio un controllo diffuso in GB come Healthwatch può divenire destabilizzante al punto che nessuno interviene più e la decisione rimbalza da una parte all'altra.

Il prof. Santoro pensa che un controllo centralizzato sia molto più efficace. Ad esempio, in Italia, il garante regionale dei detenuti, nominato dalla regione, ha come compito il controllo/denuncia della situazione nel contesto penitenziario: è un organo regionale e dovrebbe essere ascoltato dalla regione, né più né meno di come la regione ascolta tutti gli altri organi regionali, come il servizio sanitario, d'altronde. Invece questo non accade. In poche parole, tutti gli organi di garanzia – compreso il magistrato di sorveglianza – devono avere un potere effettivo, altrimenti non servono a nulla e le loro indicazioni sono disattese. Il problema serio non è tanto il sistema di controllo, ma il potere che gli dà e la collaborazione che tale potere ha con il sistema penitenziario.

Dr. Starnini

Pone una domanda: "Credete, quindi, che il controllo generale sia necessario?"

Dr. Humet Matilla

Puntualizza che non c'è bisogno di un controllo generale, ma di una valutazione generale che la Catalogna fa attraverso il sistema SAM: se il detenuto con disagio psichico è sempre in carcere e non vede mai il giudice, ad esempio, non avrà mai la possibilità di migliorare la sua posizione. In Catalogna, con il sistema SAM, ha la possibilità di rivedere la sua posizione ogni tre mesi.

Dr. Starnini

Rincalza rispetto alla possibilità di fare tesoro del processo di responsabilizzazione della Catalogna e di proporlo come parte della raccomandazione europea che il progetto vorrebbe sviluppare.

Prof. Santoro

Replica affermando che nel Regolamento d'esecuzione italiano del 2000 il problema è proprio nel trattamento rieducativo. Il nostro Ordinamento Penitenziario è sicuramente in regola con le regole penitenziarie europee del 1987, ma non più con quelle del 2006. Il nostro sistema deve ora tendere alla valutazione del trattamento rieducativo che lo trasforma in trattamento rieducativo rinnovato: la presa in carico del detenuto, l'apertura della cartella clinica, la conoscenza della persona e della sua storia vengono prima della costruzione del programma trattamentale. Questo sarebbe interessante proporre.

ⁱ *Integrazione della dottoressa Victoria Humet Matilla, sanità Penitenziaria della Catalogna, comunicata in data 4 maggio 2016: "Nei nostri nuovi report clinici (dal dipartimento della salute) appare il nome ed il cognome di ogni professionista insieme al suo campo di lavoro (medico di famiglia, infermiere, traumatologo, ...). Perciò, in Catalogna i medici ora condividono (all'interno ed all'esterno del carcere) i report clinici. Lo stesso accade per l'80% dei nostri ospedali."*