



Co-funded by the Criminal Justice
Programme of the European Union



Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Nucleo Permanente Progetti FSE

ME.D.I.C.S.



MEntally Disturbed Inmates Care and Support

Dialogo fra Italia, Croazia, Catalogna e Regno Unito

CONFERENZA FINALE TRANSNAZIONALE

24 – 25 Maggio 2016



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Justícia**



**Ministry of
JUSTICE**
National Offender
Management Service

Testimonianze del seminario conclusivo

Le testimonianze hanno carattere prettamente colloquiale. Si è voluto mantenere questo stile perché si ritiene possano trasmettere al lettore quel coinvolgimento e quell'entusiasmo che hanno avuto tutti coloro che sono intervenuti nella giornata conclusiva del progetto.

Sessione I

Il problema del disagio psichico carcerario prima e oltre il superamento degli OPG: il progetto MEDICS alla ricerca di soluzioni, buone pratiche ed esperienze pilota.

EMILIO SANTORO

Sono stato coinvolto nel progetto dall'inizio e mi sono occupato di intrecciare dati provenienti da diverse amministrazioni per ricostruire il fenomeno del disagio psichico in carcere. La mancanza di una cartella sanitaria elettronica impedisce di tracciare le storie delle persone: ovvero di capire se i soggetti avevano disturbi psichici pregressi. I dati importanti che vengono da Bologna ci dicono che l'esistenza di condizioni di disagio non è identificata dal colloquio di primo ingresso in carcere, bensì dopo circa 1 anno e mezzo dall'inizio della detenzione. Capire se c'erano disturbi latenti è fondamentale per spiegare i dati.

Altra importante informazione che si evince da Bologna è che la tendenza all'autolesionismo tra popolazioni con e senza disturbi psichiatrici è la stessa. Sembra che i disturbi psichiatrici non favoriscano l'autolesionismo. Resta il problema di ottenere i dati e far comunicare tra loro diverse amministrazioni. I disturbi psichiatrici di persone che non sono tossicodipendenti, riguardano per la stragrande maggioranza gli Italiani. Un dato da capire: è così forse perché non capiamo i sintomi degli stranieri che parlano lingue diverse?

SANTI CONSOLO

Il progetto MEDICS è in linea con quello che io chiamo "monito" del Ministro della giustizia in materia di disagio mentale e specificatamente di prevenzione del

suicidio¹. Un monito che abbiamo accolto in maniera positiva, perché dobbiamo rinnovare l'attenzione su questa tematica. Il nostro impegno è certo, però non dobbiamo assumere toni trionfalistici. Nonostante le statistiche si siano abbassate durante il 2015 e l'inizio del 2016, non possiamo sentirci appagati da dati numerici che, per quanto ridotti, sottendono sempre una tragedia umana. Dunque il nostro impegno non deve mai venir meno, deve essere sempre costante e profondo.

Contro i fenomeni negativi cerchiamo di prendere iniziative volte alla prevenzione. Ma questi eventi vanno anche studiati, perché da alcuni indici e dall'andamento del fenomeno si capiscono le condizioni che lo facilitano e gli elementi di rischio. Nel 2015 abbiamo avuto picchi allarmanti nel periodo estivo, in coincidenza con quei mesi di caldo torrido (il 2015 ha visto l'estate più calda degli ultimi 150 anni). Dunque è chiaro che una situazione di disagio fisico favorisce il manifestarsi del fenomeno. Dunque l'assistenza psichiatrica da sola non basta. Servono contromisure volte a creare un benessere: ad esempio la possibilità materiale di refrigerio per i detenuti, di stare in ambienti freschi. Il dato più evidente è che l'incidenza maggiore dei suicidi ricade su chi viene posto in isolamento. Dunque, occorre chiedersi: quanti sono i detenuti in isolamento? Quale è l'incidenza dei suicidi su queste persone? Se calcoliamo le percentuali su questi casi, i dati sono molto elevati. Sui 39 suicidi del 2015, solo 12 erano in vita in comune. Tra questi 12 si rileva un altro fattore allarmante: il detenuto ha la possibilità, senza un'assistenza adeguata, di porsi in una condizione di isolamento, pur essendo ammesso alla vita in comune. Da questo punto di vista, la custodia aperta, con la possibilità di rientro per tutti nelle stanze, crea condizioni di rischio, tra cui quello suicidario. Ecco la ragione per cui abbiamo raccomandato di cercare di evitare l'isolamento. E tutto questo va costruito in grande collaborazione con il servizio sanitario.

L'assistenza sanitaria deve essere assicurata a tutti. Esiste un disagio nazionale proprio del servizio sanitario: non è uniforme per tutti i cittadini italiani. Se lo relazioniamo all'assistenza sanitaria negli istituti di pena, anch'essa non è uniforme e non è possibile conoscere immediatamente il paziente. Dobbiamo riflettere su questo. Le istanze al Ministero della Salute su questo tema sono state pressanti. Amministrazione penitenziaria e sanitaria non possono scaricare le colpe su terzi.

¹ Piano nazionale d'intervento per la prevenzione del suicidio

Bisognerebbe rendere possibile il dialogo informatico: a questo riguardo, la cartella clinica informatizzata è il primo passo, perché una presa in carico efficace richiede anche una conoscenza pregressa delle condizioni di salute del detenuto.

Quando si parla di “disagio”, il disagio è totale. La detenzione deve essere riservata come misura estrema quando non vi sono misure alternative. Intervendiamo su una persona che commette un reato perché in una condizione di disagio. Il disagio è in pressoché tutti i detenuti e siamo chiamati a gestirlo; per gestirlo bene è necessaria la conoscenza. La conoscenza viene – per quanto ci riguarda – in gran parte dalla prima accoglienza.

Quando ci sono stati 2 suicidi a Regina Coeli abbiamo vissuto una condizione di assoluta impotenza. Spesso si prescrive l'isolamento con alta sorveglianza. Sappiamo che molte volte non si può fermare chi si vuole togliere la vita. Il servizio sanitario deve dare nell'immediato un contributo adeguato a questa conoscenza, in termini di prevenzione e accoglienza che noi, poi, abbiamo il dovere di gestire con la massima serietà. Questo significa secondo me “prevenire”. Bisogna utilizzare i detenuti che hanno fatto corsi specialistici per controllare altri detenuti. Abbiamo bisogno di formazione per permettere ai detenuti di trattare con il disagio psichico dei loro simili. Abbiamo sottoscritto solo 13 protocolli con le Regioni. I protocolli dovrebbero essere l'avvio di un progetto in cui tutti si assumono un impegno. Anche noi, come Amministrazione penitenziaria, dobbiamo fare riscontri e solleciti. Molte cose ancora non si attuano. Tutti devono segnalare quando queste progettualità non vanno avanti. La fonte di conoscenza di tanti utenti deve essere messa a disposizione di tutti coloro che lavorano nel settore. Abbiamo creato un applicativo² e lo abbiamo messo a disposizione dei magistrati di sorveglianza. Anche l'autorità giudiziaria deve essere sensibilizzata. Spesso le difficoltà sono figlie di una mancata comprensione di una problematica. Chi ha un disagio psichiatrico deve essere curato, non punito. Tutti dobbiamo muoverci all'unisono. Gli eventi critici, che a volte sembrano episodi strani, spesso sono strumenti che il detenuto utilizza per attirare l'attenzione su di sé, perché si sente trascurato o non trattato in maniera dignitosa. Credo che abbiamo intrapreso la strada giusta, ma dobbiamo continuare. Dobbiamo monitorare i risultati che riusciamo a raggiungere con l'impegno comune. Le analisi costituiscono un contributo di conoscenza per questa

² ASD, Applicativo Spazi Detentivi

Amministrazione che, comunque, in sintonia con il progetto MEDICS, ha continuato a dedicare un'incessante attenzione alla delicata tematica adottando numerose direttive in materia.

Significativa al riguardo risulta la circolare del 23 ottobre 2015 sulle “modalità di esecuzione della pena” che pone l'accento proprio sull'importanza della conoscenza della persona detenuta e del suo senso di responsabilizzazione e chiarisce i presupposti per l'ammissione alla tipologia di custodia.

Mi fa piacere evidenziare la circolare del 2 novembre 2015 sulla “possibilità di accesso ad internet da parte dei detenuti”, finalizzata a sostenere i rapporti familiari e i percorsi rieducativi.

Ancora, merita attenzione la lettera circolare del 23 dicembre 2015 sulla “conoscenza della persona attraverso i processi organizzativi: indicazioni per meglio prevenire le situazioni di criticità” con cui sono stati ulteriormente sensibilizzati i Provveditori Regionali sull'importanza dell'adozione di protocolli regionali e locali, e su quanto sia fondamentale rivolgere attenzione alla persona detenuta e ai processi di gestione che ne governano la conoscenza, nonché ai processi organizzativi che prevedono anche le relazioni con i propri animali domestici, proprio per mitigare le situazioni di ansia e di stress.

Ritengo fondamentale la nota del 4 febbraio 2016 sulle “misure di prevenzione dei suicidi delle persone detenute” che pone l'accento, in particolare, sull'importanza di evitare ogni forma di isolamento del soggetto a rischio, individuando, per quanto possibile, compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà.

In continuità, con la nota del 15 febbraio 2016 “proposta di implementazione della banca dati SIAP/AFIS” è stato previsto un apposito campo ove esplicitare i motivi della dislocazione del detenuto in camera singola, per evitare scelte allocative non coerenti con le disposizioni impartite.

Una direttiva del 14 marzo 2016 è stata dedicata alla formazione dei “care givers”: detenuti che hanno fatto corsi specialistici per controllare e fornire assistenza qualificata ad altri detenuti in condizione di disagio.

Fin dai primi mesi del corrente anno 2016, si sta lavorando e in breve sarà operativo un sistema di monitoraggio permanente delle iniziative intraprese per verificare che le direttive emanate abbiano reali e concreti riscontri: la corretta allocazione dei detenuti a rischio, l'uso di skype per le video telefonate, l'avvio dei corsi per care-givers, la predisposizione di protocolli regionali e locali.

Inoltre, si sta predisponendo un Piano Nazionale di Prevenzione del Suicidio in ambiente penitenziario che da sottoporre al Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la condivisione da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e dell'ANCI e l'avvio a cascata delle successive attività e approfondimenti.

Importanti interlocuzioni sono state avviate, fin dal primo semestre dell'anno 2015, con i vertici di Federsanità ANCI per la stipula di una convenzione tra il Ministero della Giustizia e Federsanità ANCI, per l'integrazione socio-sanitaria e per la realizzazione di una piattaforma informatica di trasmissione dei dati sanitari delle persone detenute. La legge di stabilità per l'anno 2016 prevede uno specifico finanziamento per l'applicazione delle nuove tecnologie e della telemedicina alla sanità penitenziaria e per la realizzazione di un diario clinico informatizzato per le persone detenute, rendendo possibile il dialogo informatico e facilitando la conoscenza della persona detenuta. Il testo dell'Accordo in esame è stato già definito e la relativa firma con Federsanità ANCI è prevista entro la fine del corrente mese di luglio.

Si è sempre perseguito l'obiettivo di arrivare a un sistema integrato di interventi e di servizi penitenziari e sanitari nella consapevolezza che la salvaguardia della persona detenuta può essere compiutamente realizzata solo con la partecipazione attiva di tutti gli attori.

Se ci sappiamo muovere tutti insieme in sintonia, credo che con la carica di umanità di tutti voi, possiamo migliorare.

PIETRO BUFFA

Occorre riflettere sullo stato dei protocolli regionali e locali. In condizioni coatte anche persone sane possono manifestare comportamenti patologici. Di fronte alla malattia mentale c'è bisogno di una professionalità specifica. Un mio studio, prodotto a gennaio del 2012, riguarda l'analisi dei contenuti dei 13 protocolli regionali e di altri 33 protocolli locali. Sono materiali eterogenei. L'analisi voleva capire che tipo di corrispondenza ci fosse tra le linee guida dell'OMS di prevenzione suicidaria in carcere (importantissime) e i protocolli. Questa analisi ha riguardato 3 indicatori: *il grado di innovatività del protocollo; la propensione del protocollo a spingere a una cooperazione tra i diversi operatori; capire la concreta possibilità di tramutare in azioni reali ciò che era scritto nei protocolli*. 16.000 persone in carcere risultano coperte da un protocollo regionale; i restanti non sono coperti. Ma se vediamo il grado di efficacia dei protocolli, solo 7.300 persone (13%) sono garantite da un protocollo effettivo; altri 30.000 (56%) sono in una situazione di medio-bassa efficacia. Tutti i protocolli regionali prevedono lo scambio di informazioni tra gli operatori rispetto ai casi a rischio.

Costoro sono operatori sanitari e penitenziari che da sempre lavorano insieme. Altra azione proposta nei protocolli è la formazione (12 protocolli su 13 la prevedono); 11 su 13 protocolli prevedono di favorire la collaborazione tra enti sanitari sociali e istituti penitenziari. Fin qui è ragionevole che i protocolli prevedano queste azioni. Si sottolinea però che: su 13 protocolli solo su 2 prevedono la possibilità di afferire ai protocolli per affrontare l'urgenza: vale a dire, di fronte all'evento suicidario non esiste un protocollo di azione che specifichi come ci si deve comportare. Non si sente a livello regionale l'esigenza di scrivere cosa fare in quelle circostanze. 4 su 13 prevedono l'impiego di compagni di detenzione (peer supporters) – questo è invece un modello ordinario in molti altri paesi come ad esempio la Gran Bretagna. Ci si suicida quando si è materialmente e fisicamente da soli. La definizione di protocolli clinici di intervento è presente solo in 4 protocolli su 13. Solo in 4 su 13 si prevede la necessità di un programma di protezione locale negli istituti. Un'altra parte del documento dell'OMS riguarda il trattamento delle persone con comportamenti suicidari. 13 su 13 protocolli riportano la necessità di screening all'ingresso. 12 su 13 prevedono l'osservazione del detenuto durante tutto il periodo di detenzione perché è la detenzione stessa che può portare a comportamenti suicidari. Il dato più grave è che a livello regionale non ci sono protocolli specifici

che prevedono protocolli d'urgenza. Se compariamo i protocolli regionali e quelli locali si può vedere che le priorità cambiano. Esempio se da un lato a livello regionale si vuole aumentare l'ascolto, l'attenzione e l'affettività integrando il lavoro di tutte le professionalità presenti, a livello locale questa previsione si attenua, forse perché si è più consapevoli della difficoltà nel realizzarla.

A livello locale l'impiego di peer supporters è in penultima posizione, mentre a livello regionale è visto come una priorità maggiore. Conclusioni: al tempo, solo il 16% dei detenuti si trovava in istituti con protocolli definiti in base alle linee guida dell'OMS. La ricerca slatentizza 4 questioni fondamentali: frammentazione organizzativa (le varie organizzazioni procedono sempre con le proprie logiche); competenze e spazi di reciproca agibilità tecnica e organizzativa (trappola delle competenze: quando si individua lo specialista di turno, gli altri non se ne occupano più – problema: lo psichiatra vede il paziente un'ora ma per il resto del tempo ci sono le persone negli istituti penitenziari); responsabilità; risorse. Molti detenuti non sono sorretti neppure formalmente da protocolli utili. I dati più positivi riguardano l'aumento della consapevolezza della necessità di integrazione interprofessionale, e della necessità di formazione. I protocolli sono stati affinati nel tempo: sono stati presi a modello i primi. Tra le azioni prescritte, meno sviluppati praticamente sono i protocolli in casi di urgenza, l'impiego di peer supporters, etc. Occorre fare molto di più e occorre un rilancio dei protocolli regionali e locali.

GIOVANNI MARIA FLICK

Vi darò una testimonianza molto generale. Vorrei raccontare della faglia che si viene a creare fra l'attenzione che si rivolge al disagio in carcere e la quasi totale insensibilità dell'opinione pubblica e anche dell'opinione politica. Vi racconto di un'esperienza estremamente stimolante ed interessante: quella dei "Tavoli" che si sono svolti a Rebibbia. A fronte della presenza del Presidente della Repubblica in carcere, presenza nuova e molto significativa, vi è stata una quasi totale assenza dei media. Questa assenza ha lasciato sconcertato un uomo come me che si è occupato di carcere prima come uomo politico e poi come uomo di diritto costituzionale, come giudice costituzionale.

Mi sembra estremamente positiva l'attenzione crescente che in sede europea e amministrativa si manifesta su questo problema. Mi sembra estremamente preoccupante il contrasto fra questa tendenza e l'opposta noncuranza generalizzata

dell'opinione pubblica e della politica verso il carcere e verso la sua separatezza. E credo che questo vada denunciato, perché l'analisi che voi state approfondendo riguarda l'umanizzazione, la dignità del carcere, il tentativo di superare la sua capacità di esclusione e di espulsione e di valorizzare la rieducazione e il trattamento. E' un tema che è divenuto attuale recentemente con le tematiche del sovraffollamento e delle reazioni al sovraffollamento: un fenomeno strutturale, non solo emergenziale. Quello che state facendo è la testimonianza di una maggiore attenzione ad un carcere che sia in grado di rispondere ai valori costituzionali fondamentali: la centralità della persona e dignità della persona. Io per primo sono convinto che l'obiettivo di abolizione del carcere sia un'utopia, lo sappiamo tutti ed è inutile che ce lo poniamo. Però è un obiettivo che possiamo e dobbiamo porci come reale, quello di considerare il carcere come un'estrema ratio. Cesare Beccaria, 250 anni fa, proponeva due tipi di battaglie: una riguardava la pena di morte – e a distanza di 250 anni siamo quasi arrivati a vincere quella battaglia; l'altra è stata un po' sottovalutata: il contratto tra sicurezza e libertà. La filosofia di fondo di Beccaria, dell'Illuminismo, di Rousseau, era lo scambio tra sicurezza e libertà. Il cittadino cede allo Stato libertà e ne riceve in cambio sicurezza. Questa seconda sfida oggi non solo non è vinta, ma è profondamente cambiata, perché oggi al posto della libertà nel rapporto tra persona e Stato non c'è più la libertà, c'è la dignità. E si è fatto parecchio in tal senso. Soprattutto nella declinazione dell'art. 27 della Costituzione con la sua doppia valenza di tendenza alla rieducazione da un lato e necessità dell'umanizzazione dall'altro. Però ho la sensazione, e ciò di cui voi state discutendo oggi ne è la riprova, che si sia continuato ad avere del carcere, e dei problemi del carcere, una visione parcellizzata.

E' il percorso della giustizia che stiamo vedendo: abbiamo conosciuto una logica di sola giustizia retributiva (hai fatto il male e il male ricevi in cambio; paradossalmente, il miglior perdono è la vendetta con un'attenzione all'umanizzazione del carcere). Direi che era una interpretazione positiva della Bibbia, della legge del taglione: occhio per occhio, dente per dente, inteso come limite alla vendetta e non come laterizzazione della vendetta. Si è passati da questa giustizia ad una giustizia rieducativa, che è la seconda parte dell'art. 27 Cost.: le pene devono tendere alla rieducazione; e a quel cammino faticoso della Corte costituzionale che ha fatto sì che, nella polivalenza della pena, la tendenza alla rieducazione sia l'aspetto principale. Adesso abbiamo di fronte a noi una sfida che è

importante anche per affrontare il problema del disagio in carcere e per la concezione del carcere come estrema ratio: è la giustizia riparativa, giustizia della mediazione e della conciliazione.

Altri paesi l'hanno percorsa – penso al Ruanda e al Sudafrica. Da noi si sta cominciando faticosamente in occasione delle vicende post terroristiche ad affrontare questo tipo di problematica. Non dobbiamo tener presente solo l'articolo 27 della Costituzione, ma anche l'articolo 13, IV comma Cost., sulla violenza morale nei confronti di detenuti; e l'art. 32 Cost., il diritto fondamentale alla salute, l'unica volta che la Costituzione parla di diritto fondamentale. La salute che va intesa, così come definita dall'OMS, non tanto e non solo come assenza di malattia, ma come benessere fisico e psichico. La definizione la conosciamo tutti.

E l'art. 3 Cost. sull'uguaglianza, che in tema di salute ha una sua valenza maggiore, proprio per quelle situazioni che riguardano l'assistenza in carcere e le differenze fra il livello di tutela della salute all'interno e all'esterno del carcere. Alla luce della mia esperienza, anche la Corte costituzionale ha fatto abbastanza per valorizzare la dignità, per l'affermazione del rispetto dei diritti incompressibili, anche nella limitazione della libertà personale, per la giurisdizionalizzazione nella tutela di quei diritti. Conoscete tutti le sentenze, sia quelle additive vere e proprie - integrative, come la sentenza sulle ferie, sia quelle interpretative – come la sentenza sulle perquisizioni da parte dell'Amministrazione penitenziaria; le sentenze-monito: come la sentenza recente, di inammissibilità, sulla risoluzione del problema del sovraffollamento (perché sono diverse le possibili soluzioni) ma il monito della Corte è stato durissimo. Io credo che forse uno dei messaggi che la Corte ha cercato di dare, con fatica, è quello del divieto di inasprire l'afflittività oltre a quanto è strettamente funzionale alla privazione della libertà personale. Non è solo un problema di rieducazione, di polifunzionalità della pena.

Non solo è un problema di divieto dei trattamenti inumani. Ricordo a tutti che l'art. 27 della Costituzione usa due locuzioni diverse: una positiva, la pena deve tendere alla rieducazione del condannato, e una negativa: le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità. Quei trattamenti non sono pene, non sono nemmeno torture, ma ci si avvicinano pericolosamente. Ma la cosa più importante è questa attenzione al rischio che si aggiunga alla privazione della libertà personale e ai condizionamenti inevitabili di tale privazione, un ulteriore inasprimento

dell'afflittività. E' un discorso che, ad esempio, irrompe con molta evidenza in tutta la tematica del 41-bis, secondo le conclusioni che ne sono state tratte dalla Commissione senatoriale di inchiesta. E' un problema che è emerso nei Tavoli che stanno cercando di dare attuazione alla legge delega sul carcere. E' un problema che emerge in chiave di uguaglianza.

Non sono molto lontano dalla convinzione che si possa sollevare un problema di costituzionalità per violazione dell'art. 3 nella diversità di trattamento tra l'infermità fisica e l'infermità psichica, perché il parametro della salute dato dall'art. 32 è un parametro che riguarda la salute nella sua globalità per cui se per l'infermità fisica c'è una certa strada che passa attraverso l'eliminazione o la riduzione del carcere e per l'infermità psichica quella strada è molto più difficile, questo crea una certa disuguaglianza. E mi ha colpito l'attenzione che si accentua su questo tema: non esiste nella convenzione EDU un riconoscimento di un diritto alla salute come formulato nella nostra Costituzione, un diritto fondamentale del singolo come interesse della collettività; c'è però un passaggio sistematico e sempre più accentuato, dall'art. 8 "la tutela della salute" nella Convenzione EDU alle sentenze della CORTE dove l'art. 8 è espressione e tutela della vita privata; dell'art. 3 sul divieto di tortura e trattamenti inumani e degradanti, mi ha colpito soprattutto, sia in alcune sentenze della CEDU di Strasburgo sia nelle affermazioni del CPT, la constatazione che nel rapporto tra sicurezza e salute, molte volte la salute viene messa a rischio dalle esigenze della sicurezza; e le vicende di coloro che – secondo il CPT – sono affetti da disagi psichici molto gravi, soprattutto se in età avanzata, per l'applicazione del 41-bis, ne sono l'emblema più evidente. E credo che di questo dovremo farci carico perché prima o poi la Corte costituzionale dovrà passare dai moniti all'affermazione che potrebbe privare il Paese di uno strumento come l'art. 41-bis. Mi è piaciuto qui sentir parlare del disagio precedente e del disagio successivo - il disagio psichico per chi entra in carcere, e il disagio pregresso non può che essere un'indicazione forte per chi in carcere non entra, pensate ai tossicodipendenti in carcere.

Il disagio o è causa dell'entrata in carcere – allora si tratta di vedere se non sia incompatibile con l'entrata in carcere - o il può essere effetto della permanenza in carcere, e allora da quella situazione si deve uscire, agire prima che il disagio si traduca in una violazione della salute –ce lo dice anche la Cassazione – perché la salute prevale sulle esigenze securitarie del carcere.

Credo che questo discorso sia stato affrontato positivamente, se faccio il paragone con i miei tempi, quando io venivo in quest'aula in altre vesti istituzionali vent'anni fa, attraverso la territorializzazione della pena. Da un lato attraverso le modalità di esecuzione della pena, attraverso la sinergia che deve esserci tra tutte le varie componenti pubbliche e private che si occupano del fenomeno. Penso che manchi ancora molto, ma l'evoluzione culturale ha questo fine. Il carcere è una realtà estremamente complessa perché ha vissuto e vive situazioni e stagioni totalmente differenti. Quanto a chi ci va dentro, quanto al modo in cui viene affrontato, quanto alle risorse che si dedicano al carcere. E' mutevole, cambia.

E un pericolo a me sembra che ci sia, che continui nonostante tutto a conservare qualche elemento, qualche traccia, dell'originario DNA che caratterizza ontologicamente le istituzioni totali. Il carcere non può non avere una percentuale di depersonalizzazione, proprio perché tende alla creazione di personalità omogenee su cui innestare certi valori. Io temo sia inevitabile e dicevo prima, scherzando, che il vero disagio mentale è quello di chi entrando in carcere non sente il disagio. Il punto centrale è un altro per me: il carcere può ancora ritenersi un contenitore per una platea di situazioni diversissime? Fate il confronto con i regolamenti postunitari del carcere. Disciplina antichissima, regolamenti rivolti ad una popolazione carceraria appartenente grossomodo ad uno stesso ceto sociale, livelli di cultura bassi, provenienti da settori di criminalità "naturale" per fatti di violenza - tranne la parentesi dei detenuti politici, cioè di chi ha elaborato in carcere idee alte, sull'Europa. Penso a quella benemerita ristampa della rivista Il ponte del 1949. La situazione è peggiorata perché adesso abbiamo in carcere un allargamento dei settori di devianza. Pensate alla percentuale del 30% di detenuti stranieri. Pensate alla diversità delle culture che vengono in carcere, e che non sono solamente le diversissime culture degli extracomunitari: sono anche le culture dei gruppi criminali che cercano in carcere di conservare le loro strutture. A questo punto elaborare un contenitore omogeneo in carcere e dare una definizione alla tendenza alla rieducazione (a quale rieducazione? A che cosa?) mi pare particolarmente difficile. Mi sembra che questo imponga l'assoluta necessità di cominciare seriamente, e non solo a parole, a considerare il carcere come estrema ratio. Rinunciare a quella tesi che vede nel carcere il contenitore, per usare le parole del papa, la discarica sociale, dove inserire i rifiuti pericolosi e tossici di una società. Il discorso del disagio mentale, mi pare un campanello d'allarme più forte, per cercare

di fare in modo che chi ha un disagio dal quale sono nate le cause che lo portano in carcere, vada incontro ad altri tipi di sanzione, di correzione, di educazione. E chi in carcere amplifica o sente l'insorgere del disagio, trovi la via per uscirne. Finché continueremo da un lato a dirci tra di noi tecnici queste cose, dall'altro a ignorare gli sforzi come quelli compiuti con il lavoro dei Tavoli, o peggio continueremo a parlare della tolleranza zero, credo che faremo poca strada. Vi cito un'esperienza che mi ha colpito moltissimo: alla Dozza a Bologna si è tenuto un seminario tra detenuti sullo studio della Costituzione italiana e della Costituzione tunisina. Ne è stato tratto un bellissimo documentario che mi sembra particolarmente attuale di fronte al problema della radicalizzazione e del pericolo degli arruolamenti per l'Isis in carcere. O entriamo in questa logica, o noi tecnici continueremo amaramente a fare le nostre riflessioni mentre il carcere continuerà a macinare esistenze individualità e futuro.

GIOVANNI COGLIANDRO

Vorrei fare brevi cenni relativi alla questione che più ci vede impegnati, a seguito della delega ricevuta dal Sottosegretario, e anche presidente, De Filippo che guida l'organismo per il superamento degli OPG che va avanti ormai nella sua attività da circa due anni. Sottolineo la grande collaborazione che c'è tra Dap e Ministero della Salute. A questo tavolo, vi è la presenza permanente dei rappresentanti sia del Gabinetto (Cascini e Tuccillo) e del Dap (il presidente Consolo, il cons. Piscitello, la dott.ssa De Carli, i loro collaboratori). In queste riunioni, anche settimanali, si sono dovute affrontare questioni in primo luogo concettuali, perché questo passaggio, anche culturale, pone l'Italia all'avanguardia rispetto anche ad altre nazioni avanzate. E' l'idea di creare uno spazio esclusivamente sanitario con una sorveglianza solamente esterna, garantita dal Ministero dell'Interno: si tratta di alcune residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza sanitarie, di cui ogni regione deve dotarsi, con una capienza di posti max limitata a venti persone. Questa transizione è tuttora in atto. La legge 81/2014 chiude gli OPG ma in realtà la sua esecuzione è stata dilazionata nel tempo. Le regioni hanno avuto serie difficoltà nella realizzazione di queste strutture che devono rispettare standard molto elevati e per le quali il Ministero ha stanziato un fondo abbastanza cospicuo, che è stato assegnato e ripartito a seguito della presentazione di piani regionali che dovevano rispettare dei criteri abbastanza rigorosi. Purtroppo, 5 regioni non ce

l'hanno fatta nonostante le proroghe, e a seguito del DCPM dell'ottobre 2015 di diffida a 5 regioni, una delibera del Consiglio dei Ministri del febbraio 2016 ha commissariato le regioni Veneto, Calabria, Piemonte, Toscana e Abruzzo e ha nominato commissario unico il dott. Corleone, che lavora a stretto contatto con noi ed ha una collaborazione costante con il Sottosegretario De Filippo. Il commissario Corleone si è lanciato subito in una opera molto intensa, ha visitato tutte le regioni a lui affidate per l'attuazione della legge 81/2014, vi è anche un raccordo molto forte con il Garante dei diritti dei detenuti. Si cerca di attuare una visione che il legislatore ha avuto dopo l'impeto anti OPG, che era anche venato da tratti utopici. Si è fatto tesoro del dibattito parlamentare per realizzare qualcosa che potrebbe essere di esempio per altre nazioni. L'idea è che la sorveglianza non è interna, ma solo esterna. Il raccordo con la Magistratura di sorveglianza, che fa parte del tavolo (5 presidenti di Tribunali di sorveglianza fanno parte dell'organismo), ci ha aiutato non poco. Anche perché la Magistratura di sorveglianza è particolarmente sensibile a questo genere di problematiche e ci aiuta a sensibilizzare la Magistratura di cognizione che a volte ha avuto un piccolo fraintendimento pensando che queste REMS, essendo strutture sanitarie, fossero luogo di elezione per persone che hanno questo genere di problematiche, e ciò ha portato ad una serie di tragedie, anche omicidi efferati. In realtà lo spirito della legge 81 e del dibattito parlamentare: la REMS è il luogo in cui i casi che non si riescono ancora ad affrontare e a superare vengono custoditi, ma non ristretti.

Questo è l'intento che ci anima. In questo quadro la collaborazione con il Ministero della Giustizia ci porterà a organizzare degli eventi di formazione per i magistrati e alla collaborazione con il CSM. L'idea è che nella Scuola superiore della magistratura si verifichino una serie di incontri per sensibilizzazione dei magistrati a questo problema. La collaborazione al dibattito c'è stata anche negli Stati generali dell'esecuzione nei Tavoli 10 e 11. Uno, presieduto dal prof. Santoro, ha visto momenti di incontro tra il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia proprio per la definizione concettuale del disagio, della malattia mentale e del trattamento delle persone che si trovano a dover essere seguite e accompagnate in questo loro processo, speriamo, di inserimento nella collettività. E da ultimo, un'altra iniziativa è stata presa: l'idea di confrontarsi con i filosofi del diritto, i filosofi morali e i giuristi in una serie di incontri presso il Ministero della Salute nei prossimi mesi, in cui, dopo quello che si è tentato di attuare con le difficoltà derivanti dalle diverse

situazioni locali e regionali, passi l'idea di una ridefinizione, prima di tutto a livello concettuale (è forte il dibattito nella filosofia analitica contemporanea in merito alla concetto di sanità mentale che è un concetto desueto per tanti aspetti). Da qui dovrebbero discendere anche le possibilità di ulteriori eventuali interventi del legislatore volti a facilitare gli standard di sorveglianza. A Barcellona Pozzo di Gotto, negli incontri con le prefetture e le amministrazioni locali, che si trovano a gestire questa situazione per loro nuova, abbiamo colto il disagio concettuale derivante dal tipo di intervento necessario nelle situazioni di emergenza delle quali ci dobbiamo ben rendere conto. Io credo, il Sottosegretario crede, che questa linea possa essere molto fruttuosa e da alcune interlocuzioni con il Ministero della Giustizia e con il CSM abbiamo capito che questa linea di formazione potrà dare molti frutti.

EMILIO SANTORO

Approfitto della presenza del prof. Cogliandro che rappresenta il Ministero della Sanità, per chiedere che in conferenza Stato-regioni, quei parametri sugli standard che devono avere i reparti di osservazione psichiatrica in carcere li portiamo sul quesito di quale fonte del diritto sia rilevante quando si parla di libertà personale. A mio avviso, se facciamo saltare l'art. 13 della Costituzione non sappiamo più dove andiamo. La fonte è quindi fondamentale. Alla conferenza Stato-regioni, dal 2008 a oggi, non sono stati portati i parametri su come dovevano essere fatte queste strutture. Io voglio essere molto concreto: sono state trasferite due donne dalla casa di cura e custodia di Sollicciano a Bologna, e non sapendo dove metterle alla Dozza, le hanno messe in due celle all'inizio del corridoio dicendo che quella è la sezione psichiatrica, nelle celle lisce, e ci sono da venti giorni. Quindi, forse, quel problema non possiamo aspettare molto ad affrontarlo.

FRANCESCO CASCINI

Ho seguito il progetto fin dall'inizio. Roberta Palmisano ha individuato questa opportunità di finanziamento. Il nostro primo pensiero comune fu quello di individuare un'esigenza complessiva di analisi del clima dell'istituto penitenziario. Secondo l'OMS tutti sono a rischio perché l'ambiente detentivo induce frustrazione soprattutto quando c'è sovraffollamento e poca igiene. Abbiamo ipotizzato un lavoro comparato per capire come ridurre quell'area di rischio. Tema importante: le relazioni con la Sanità. All'epoca l'analisi non era

confortante, forse è ancora in parte così. Per alcuni fattori, la gestione del disagio si fa prevalentemente nelle celle lisce, in isolamento, con la privazione di oggetti personali. Questo è ipotizzabile in una fase iniziale. Fino a qualche anno fa si potevano trovare negli istituti penitenziari le camice di forza.

Esiste un metodo di contenimento che può essere ipotizzabile in una fase acuta ma rischia di divenire un metodo di gestione. Serve equilibrio tra intervento terapeutico e farmacologico. Ci vogliono condizioni di vita nel penitenziario che possano attenuare la tendenza alla frustrazione. La Catalogna è un modello da prendere ad esempio – non a caso i detenuti lì possono coltivare i propri affetti. Il non poter coltivare affetti è una delle cause dell'aggressività. L'autolesionismo non è sempre risultato dalla presenza di disagi mentali.

MAURO PALMA

Vorrei partire da alcune suggestioni che mi vengono anche da quanto ho ascoltato. Con molta attesa guardo a questo mutamento di paradigma che prima il presidente Flick richiamava verso una giustizia riparativa e verso quell'ipotesi di considerare il reato come una lesione che in qualche modo deve essere sanata non soltanto in un contesto di un rapporto reo-vittima ma più largo, che interroga anche il legame sociale complessivo. Guardo, a partire da questo, con grande apprensione quando vedo degli elementi di arretratezza e mi domando molto spesso quanta arretratezza c'è ancora tra noi. Noi parliamo di giustizia riparativa, ne parliamo ora molto spesso e poi non siamo in grado di tenere un dibattito presso la Scuola della magistratura sulla giustizia riparativa, perché taluni si sentono offesi dal rapporto con gli autori di reato, tra autori di reato e vittime.

Questo la dice lunga di come a volte alcune cose che diciamo tra noi, formule sintetiche a volte, come l'estrema ratio (con il presidente Flick, insieme in un volume di 20 anni fa esattamente, parlavamo di estrema ratio), abbiano aperto la strada ad un ampliamento della penalizzazione, della carcerizzazione. Tutte persone che continuavano a parlare di obiettivi condivisibili, a cui corrispondevano pratiche assolutamente non condivisibili. E oggi ne vedo una, e così arrivo al nostro tema, vedo una parola d'ordine molto spesso evocata, giustamente, io stesso la nomino spesso ed è quella del benessere psico-fisico della persona, proprio un benessere di una persona che ha coscienza del suo proprio sé e del suo star bene con il proprio sé, e poi mi accorgo che in realtà quando andiamo a parlare di

integrità psico-fisica di una persona di cui la sessualità fa parte, quando andiamo a parlare di una totalità di questo benessere, lo consideriamo come elemento quasi di trattativa sindacale perché dobbiamo andare a vedere se settori del personale lo prendono positivamente o negativamente. Ci sono dei temi su cui invece bisogna essere molto chiari: l'integrità psico-fisica della persona è un qualcosa su cui bisogna essere molto chiari e molto precisi. Poi si possono trovare le forme attraverso cui garantirla. Ma quello è un secondo punto del discorso. Ma sul primo punto che tale integrità vada tutelata e che l'articolo 32 della Costituzione a questo ci richiami dobbiamo essere assolutamente chiari. Lo dico anche laddove si vanno preparando cose che sembrano essere molto distanti. Per esempio l'architettura degli edifici. Non mi vorrei trovare un domani in una situazione in cui siamo tutti d'accordo, per esempio, che alcune zone più riservate per incontri senza supervisione devono essere previste e poi si dica però peccato che i nostri edifici li abbiamo costruiti senza prevederle. Così come ci si trova molto spesso a discutere delle articolazioni psichiatriche negli istituti di detenzione, semplicemente non prevedendo anche una loro caratterizzazione negli edifici che si vanno ristrutturando e riconfigurando adesso.

Allora questo tenere insieme i diritti delle persone, i temi di cui discutiamo e anche le strutture che stiamo allestendo, non dobbiamo mai perderlo di vista perché se da questo triangolo in qualche modo perdiamo uno degli elementi anche gli altri due elementi diventano un discorso vuoto. Vengo alla questione della tutela del benessere delle persone. Sappiamo che su questo aspetto di solito abbiamo una serie di parametri. Ce li abbiamo nelle nostre raccomandazioni e normative internazionali, nei nostri standard. Per anni, come sapete, ho presieduto il Comitato europeo per la prevenzione della tortura il cui compito era di andare a verificare questi aspetti. Il primo è quello dell'equivalenza delle cure. Un sistema in cui i soggetti non hanno la stessa possibilità di accesso alle cure dei soggetti liberi è un problema che interroga abbastanza: come tuteliamo l'equivalenza dell'accesso? per esempio, nelle situazioni in cui alcune specialità dell'ospedale esterno non sono disponibili in quel territorio e richiederebbero uno spostamento in un altro territorio. Come garantiamo questo aspetto dell'equivalenza della possibilità dei soggetti di accedere alle cure? C'è la questione della continuità terapeutica. Il presidente Consolo parlava dell'utilizzo di sistemi digitalizzati che dovrebbero garantirla – e qui mi affido al Ministero della Salute e al coordinamento della conferenza Stato-regioni

per far mettere d'accordo almeno due regioni ad usare lo stesso sistema di fascicolo medico digitalizzato, perché è possibile che li digitalizziamo tutti e i fascicoli non parlano fra loro. C'è il tema dell'indipendenza, che è un problema non superato dal pur giusto passaggio al Servizio sanitario nazionale della medicina penitenziaria. C'è un punto nei miei 16 anni in Europa, mandavamo sempre a dire all'Italia che non è tollerabile che il medico del carcere faccia parte del consiglio di disciplina: non è ulteriormente tollerabile ciò in un contesto europeo, né è giustificabile con la solita argomentazione che questa presenza può avere un valore preventivo, per esempio rispetto all'isolamento. In tutti i paesi che hanno un ordinamento di civiltà giuridica pari al nostro – quindi i più avanzati – il medico non fa parte del consiglio di disciplina; ha semmai il potere di interrompere la decisione che è stata presa dal consiglio di disciplina. Ma ne rimane fuori perché altrimenti la relazione medico-paziente ne può venire in qualche modo deteriorata. E c'è l'ultimo parametro su cui dobbiamo essere abbastanza attenti, ed è quello di un intervento medico che abbia una connotazione di proattività e non una connotazione di risposta a esigenza medica. Troppo spesso mi trovo, parlando con direttori di istituti, anche di fronte a persone di grande generosità e volontà di intervenire, di essere positivi, che rispetto alla questione della sanità mi rispondono che è possibile intervenire laddove l'esigenza medica si è manifestata. Rispondere, essere un call ma di essere in qualche modo reattivi e non proattivi. Questi parametri, secondo me, dobbiamo tenerli presenti. E aggiungo due parole rispetto alla questione della psichiatria e di come la si è voluta affrontare.

Sono stato consigliere del Ministro su questi aspetti, e rispetto ad alcuni provvedimenti che stavano dentro l'ambiguità di un sistema che non ha riformato il codice penale, quindi dentro il sistema del doppio binario, delle misure di sicurezza, in cui abbiamo ancora il sordomutismo dentro la norma come elemento per l'OPG. E su ciò mi preme dire sostanzialmente due cose: la prima è che le articolazioni "psichiatriche", perché siano tali, devono essere esistenti. Io vado in giro e vedo alcuni repartini dove hanno messo un cartello per dire che è un'articolazione psichiatrica, ma non ha una connotazione in quanto tale. E allora possiamo anche accettare che le abbiamo fatte attraverso un accordo Stato-regioni e non attraverso una fonte normativa di rango adeguato, purché le facciamo come effettive articolazioni psichiatriche; secondo punto: dobbiamo affrontare il problema delle misure di sicurezza provvisorie. Il problema di queste misure, credo che vada

affrontato almeno per tre ordini di problemi: il primo è perché la persona, nella immediatezza della commissione di un fatto, può essere anche di disturbo a determinate dinamiche nel momento in cui è messo in REMS mentre ha bisogno di un momento contenitivo più importante; secondo motivo, in realtà le REMS dovrebbero essere per i definitivi, quando la relazione si configura esattamente rispetto alla situazione, cioè che il soggetto è un paziente e persona in fase di accertamento; terzo, più rilevante rispetto a come sono andate le cose, è che c'è una tendenza a considerarle un po' come un'ipotesi disponibile da parte di settori anche della Magistratura, si avevano molti più dubbi quando si mandava negli OPG che non quando si manda all'interno delle REMS.

Tornando alla questione della detenzione, dobbiamo fare una riflessione su come si affrontano le situazioni di acuzie all'interno degli istituti di detenzione. Io non posso entrare nei dettagli, però ci sono state delle osservazioni preliminari fatte dal CPT, nella visita recente che è finita un mese fa, che mi lasciano molte perplessità su come vengono affrontate le situazioni acute. Devono essere affrontate tenendo presente i tre parametri: il primo è il luogo; il tempo deve essere l'immediatezza; le forme non ci possono far regredire a forme di contenzione, sia essa fisica o chimica, che però negano la necessità di prendersi carico di una situazione e cercano di risolverla con un provvedimento di annientamento del soggetto per un determinato tempo. Quindi abbiamo un tema di riflessione abbastanza ampio e nel contesto di una riforma che io vedo andare in direzione positiva per il fatto stesso che parte da un principio: il disagio psichico non deve essere trattato diversamente da quella che è la malattia di tipo somatico. Questo è stato il principio che abbiamo voluto affermare. Però attorno a questi provvedimenti abbiamo ancora molto da ragionare e molto da ridefinire.

EMILIO SANTORO

Dal punto di vista della psichiatria c'è il nuovo problema della gestione dei "148 del CP", ovvero persone che hanno manifestato disturbi psichici dopo la condanna. L'art. 148 prevede che questi soggetti siano ricoverati o in OPG o in ospedale. Oggi non è più previsto il trasferimento in OPG. Questo vuol dire che questi soggetti dovrebbero essere tutti trasferiti negli ospedali civili. D'altra parte la procedura che ha portato alla chiusura degli OPG prescrive che vengano creati i reparti psichiatrici carcerari, da considerarsi zone totalmente ospedaliere. Ad oggi, non ci sono

standard sui servizi sanitari che devono essere assicurati in questi reparti. Credo che se non stiamo attenti, rischiamo una deriva. Gli OPG erano una valvola di sfogo. A Firenze uno di questi soggetti sta rifiutando tutte le cure dicendo che vuole tornare in OPG. Questo problema va spiegato alle ASL perché adesso queste persone sono a carico loro.

CLAUDIO SARZOTTI

Credo di essere stato invitato qui in quanto coordinatore del Tavolo 17 degli Stati Generali che si occupava della partecipazione del territorio all'esecuzione penale. E' stato avviato un monitoraggio della situazione italiana, di quanto il territorio si senta parte dell'esecuzione penale, che fa capo a tutti i soggetti e non esclusivamente a coloro che se ne occupano in prima battuta. Il monitoraggio è stato piuttosto sconcertante, in particolare, per esempio, quanto al ruolo degli enti locali. Mi pare di capire che, nell'ambito della sanità penitenziaria, siamo in presenza di una riforma che ha sottolineato l'esigenza e la necessità che la società civile si faccia carico dell'esecuzione penale, anche per quanto riguarda la sanità psicofisica delle persone condannate. E questo farsi carico parte da un presupposto, ce lo ha ricordato la Corte Costituzionale negli ultimi anni, che è il diritto di cittadinanza della persona reclusa. Il cittadino condannato rimane cittadino in tutti i diritti che sono compatibili con il suo stato di privazione della libertà. Il principio ispiratore della riforma della sanità penitenziaria, quello dell'equivalenza di trattamento tra il cittadino libero e il cittadino recluso si ispira proprio a questo assunto. Ogni volta che noi parliamo di diritti di cittadinanza in capo alla persona reclusa, immediatamente troviamo una collisione con quella che potremmo chiamare la dura realtà/materialità del rapporto che si instaura tra custodi e custoditi. E anche con quella che è stata definita la subcultura carceraria. Si può dire che prevale nella cultura professionale di molti operatori l'aspetto del condannato, o del detenuto, rispetto al profilo di cittadino. Non è casuale che siano state citate più volte le raccomandazioni dell'OMS in tema di prevenzione di comportamenti a rischio suicidiario che ovviamente riguardano tutte le persone a prescindere se siano detenute o meno. Oppure un'altra definizione molto importante dell'OMS di salute non come mera assenza di malattia ma come benessere psicofisico. Anche qui c'è una domanda che non ha risposta. In un recente convegno sulla sanità penitenziaria a Torino ho chiesto a coloro che erano presenti, tra cui molti medici

penitenziari, come è possibile un benessere psicofisico se non si garantiscono al tempo stesso i diritti all'affettività e alla sessualità della persona reclusa. La domanda non ha avuto risposte.

Anche altre raccomandazioni che sono state ricordate, come la raccomandazione dell'OMS sui rischi suicidari, entrano in collisione con la cultura carceraria ancora predominante. Ad esempio, anche la strategia del peer-support, l'idea che i detenuti si debbano aiutare l'un con l'altro, attivando anche una sorta di osservazione e trasmissione di comunicazione agli operatori penitenziari, entra in collisione, secondo me, con lo stereotipo che vede in ogni tipo di solidarietà fra i detenuti un pericolo per il governo del carcere. Là dove i detenuti hanno una manifestazione di solidarietà, immediatamente l'occhio del sorvegliante vede un possibile pericolo per la governance dell'istituto. O ancora ad esempio, la necessità di evitare situazioni umilianti e deresponsabilizzanti. Sappiamo che ancora oggi queste situazioni si creano non per cattiva volontà degli operatori, ma per la struttura stessa della vita detentiva. Ci sono altri aspetti negativi che si sono manifestati dopo la riforma della sanità penitenziaria, in particolare l'assenza o la grave carenza di dati sulla sanità penitenziaria. Paradossalmente avevamo più dati quando l'Amministrazione penitenziaria si faceva carico della sanità penitenziaria, ad esempio riguardo all'HIV, e forniva semestralmente i dati.

Ora noi siamo in una situazione di non conoscenza e ci diventa impossibile intervenire in maniera informata e dettagliata. Un altro tema è quello del pericolo della psichiatrizzazione dei comportamenti: non è necessario essere uno psichiatra per individuare degli elementi di rischio, dei segnali che possono essere mandati da un individuo in detenzione che sta per accedere a comportamenti suicidari e autolesionistici. E' altrettanto vero che questi non sono certo segnali di patologia mentale, ma sono perfettamente razionali rispetto alla situazione in cui vive la persona detenuta. Anche da questo punto di vista è importante fare esperienza di esperienze europee molto simili alle nostre. Questo passaggio della sanità penitenziaria al SSN, alcuni lo hanno già vissuto: la situazione francese ha anticipato la riforma di una decina di anni rispetto all'Italia. Un ricerca di Bruno Millet ha analizzato l'attuazione di questa riforma, che anche in Francia ha dato grossi problemi; però quello che egli sottolinea nella ricerca è che un elemento molto importante per l'efficacia e l'effettiva attuazione della riforma è che sia modificata la cultura professionale del personale sanitario e penitenziario, poiché la

professione del medico penitenziario è stata spesso considerata come una diminutio per il prestigio e a professionalità medica. Lavorando su questo tipo di cultura, anche la situazione francese pare essere migliorata. Vorrei fare un parallelismo con la situazione italiana per quanto si è visto rispetto alla Magistratura di sorveglianza. Anche in quel campo esiste una cultura professionale giuridica che vede nella Magistratura di sorveglianza un incarico non di prestigio per quel ceto professionale. L'aspetto culturale è molto importante, l'aspetto di rete deve essere non solo un coordinamento, ma uno svestirsi dei panni della propria cultura professionale e un entrare in sintonia con i diversi operatori che intervengono nell'esecuzione penale. Questo è uno degli aspetti principali per poter attuare una riforma dei principi.

LUCIANO LUCANIA

Vorrei inquadrare il problema dalla parte degli operatori. Oggi noi parliamo attraverso il progetto MEDICS della presa in carico e sostegno dei detenuti con disagio mentale, in una visione multinazionale. A questo progetto la nostra esperienza ha offerto un contributo operativo sostanziale. Le tematiche in questione non possono essere affrontate senza trasparenza. Il tema necessita una oggettiva assunzione di responsabilità, come ha detto il presidente Consolo. E non possiamo non dividerla da parte di tutti gli operatori, certamente i sanitari, ma anche tutti gli operatori penitenziari. Forse, è una mia provocazione, sarebbe utile per ogni istituto avere una camera video sorvegliata per le emergenze, per evitare la cosiddetta sorveglianza a vista di dubbia efficacia, ma di certa conflittualità. Questo fenomeno oggi è esploso nella società della comunicazione veloce, la detenzione è considerata una violenza e il coefficiente di adattamento del detenuto è molto più limitato rispetto a dieci anni fa. Mi spiace dover segnalare che l'attenzione condivisa e partecipata al programma di superamento OPG non ha manifestato lo stesso interesse nei confronti della gestione dei presidi sanitari intramurari, figli di una riforma incompiuta, limitata, ma la cui attuazione è piena di responsabilità e il cui impegno professionale è scarsamente riconosciuto. Mi riferisco al recentissimo manuale italiano critico di Sanità pubblica, curato dall'Università Cattolica negli Istituti di igiene e nella Cattedra di bioetica, nel quale ho scritto i capitoli sulla tutela della sanità e dell'incolumità dei reclusi. Ho segnalato l'importanza dell'intervento sulla vita detentiva dei reclusi, sul tempo fisico della reclusione quali elementi di fondo per abbassare la tensione intrinseca nella vita di queste persone.

Non solo svago, ma lavoro e legalità. Forse un'utopia, ma sicuramente una presa di coscienza delle motivazioni della sofferenza personale.

Sotto il profilo strutturale si è parlato delle sezioni/articolazioni per il disagio mentale. Quello che una volta, anche impropriamente, finiva in OPG. Occorre superare l'ipotesi che circola, della sola attenzione ai soggetti con l'art. 111, 112 per l'osservazione, 114 per la sopravvenuta infermità; dovrebbe essere una temporanea reclusione per quelle persone che manifestano un disagio mentale importante e che avrebbero bisogno di un trattamento clinico e psicoterapeutico adeguato, oltre che di misure di trattamento e reinserimento ove possibile coordinate con i Dipartimenti di salute mentale territoriali. La mia è una visione del problema dalla parte degli operatori che può anche andare in conflitto con altre valutazioni, però è purtroppo un vissuto quotidiano. E non basta. Sono stato componente del Tavolo 10 magistralmente coordinato dal presidente Maisto, maestro di dottrina e di equilibrio. Oltre alla richiesta formale e in corso di un osservatorio nazionale per la salute in carcere presso l'ISS, si è discusso a lungo del disallineamento dell'OP del 1975 e del regolamento del 2000, rispetto alle conseguenze anche formali del transito della Sanità dalla Giustizia al SSN. Disciplina questa che necessita di un'integrale rivalutazione sia negli aspetti formali sia sostanziali. Non sono più servizi sanitari a misura di carcere, ma devono diventare servizi sanitari a misura di utente, nei quali il rapporto intrinseco con l'intero mondo sanitario e territoriale contribuisce a creare quella necessaria osmosi che serve anche a modulare i problemi di cui stiamo trattando. E questo il valore finale di questo progetto, sciogliere il velo, aprire le tende per poter permettere uno sguardo che vada lontano, per una ricostruzione dinamica della soluzione a problemi antichi dell'universo carcere, oggi un po' meno istituzione totale e un po' più frammento della società.

GIOVANNI FRANCESCO DE TIBERIS

L'esperienza MEDICS ha visto la partecipazione di centinaia di operatori dei sistemi penitenziari coinvolti. Una partecipazione "dal basso" affinché più chiaro e più forte arrivasse il contributo di chi quotidianamente lavora in quest'ambito. Abbiamo avuto, inoltre, la bella esperienza dell'incontro con i colleghi di altri Paesi ed abbiamo vissuto l'emozione e la consapevolezza di una fratellanza di intenti.

Non possiamo tralasciare la viva esperienza delle visite svolte nei diversi Paesi od il puntuale contributo teorico della Gran Bretagna.

Abbiamo osservato che, pur nelle diversità, viene svolta nei Paesi coinvolti, con efficienza ed efficacia, la distinzione tra patologie incompatibili, sia sul piano giuridico sia sul piano medico, con il regime carcerario (ci riferiamo qui all'ampio spettro delle psicosi o delle insufficienze mentali) e quelle forme che rientrano, al contrario, in disturbi più o meno gravi, ma compatibili con la detenzione.

Nel primo caso vi è una dimissione dal contesto detentivo ed una presa in carico totale da parte del Sistema sanitario pubblico; nel secondo caso si tratta di quei soggetti che attraverseranno l'esperienza detentiva e che richiedono una attenzione congiunta sia da parte dell'Amministrazione penitenziaria, nelle sue diverse articolazioni, sia di quella terapeutico-riabilitativa afferente all'ambito sanitario, nelle sue diverse forme.

Questa capacità di distinzione e di screening, ovvero la sua maggiore o minore efficacia, non deve però essere considerata un dato acquisito; necessita di una costante rivalutazione e monitorizzazione dei sistemi di valutazione. Il rischio di diminuire l'attenzione su questo lavoro di valutazione e screening, da parte del sistema integrato Sanità-Giustizia, potrebbe contribuire, come già accade ad esempio negli Stati Uniti, al crearsi di quelle condizioni in cui gli istituti di pena rischiano di trasformarsi, de facto, in "dependance" degli ospedali psichiatrici. Questo ci riporterebbe di molti anni indietro; ad una condizione di totale caos sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista dell'organizzazione penitenziaria.

Lo spettro della sintomatologia psichica nella popolazione detenuta è molto ampio; si tratta, ad esempio di insonnie gravi e persistenti, somatizzazioni che bloccano l'individuo, oscillazioni dell'umore imprevedibili, atti aggressivi, addiction psicofarmacologiche, provocatorietà, gesti auto lesivi ed altre forme simili.

In tutti i Paesi è riscontrabile più o meno lo scenario psicopatologico appena descritto.

Contestualmente assistiamo da una parte ad un aumento della tipologia e quantità di farmaci, e dall'altra ad una discreta divergenza o conflittualità tra l'ambito prettamente penitenziario e l'ambito sanitario. Spesso si chiede al sistema sanitario di essere responsabile in toto della salute psichica dei detenuti; la risposta dell'ambito sanitario, con discreta facilità, si trasforma all'interno di questa richiesta di delega, nell'utilizzo degli strumenti più immediati o che diano la risposta più

immediata, ovvero lo strumento psico-farmacologico. Ciò innesca un circolo vizioso tra l'ambito giuridico-penitenziario e quello sanitario che potremmo chiamare il "circuitto della delega".

Essendo tutto il tema centrato sulla domanda "a chi spetta la cura di questo detenuto-paziente?" i due sistemi chiamati in causa possono arrivare ciascuno a delegare all'altro una responsabilità eccessiva e non realistica.

Il punto in questione è che sia la Sanità, sia la Giustizia non possono dimenticare l'esistenza, in ambito sanitario, così come in tutti i contesti sociali organizzati, del concetto e degli strumenti della prevenzione primaria.

Al fine di superare l'errore culturale insito nell' essere focalizzati sulla cura soltanto dopo che il problema sanitario si sia manifestato, piuttosto che nel diminuire i fattori di rischio significativi per lo sviluppo o il manifestarsi di un dato processo patologico, è necessario che le figure istituzionali coinvolte si muovano nel solco di un approfondito lavoro di prevenzione primaria. In sostanza per oltrepassare mentalmente l'amletico problema di "cosa spetti a chi fare" dovremmo chiederci se non sia opportuno osservare il problema dal punto di vista non della "prevenzione secondaria" ovvero la cura in senso stretto, ma fare un passo indietro e orientarci attraverso il punto di vista della prevenzione primaria.

In questo senso la Catalogna ci ha aiutati a capire ed ci ha aperto uno scenario di grande interesse. Focalizzando sulla Catalogna e prendendola come esempio è giusto dire che anche loro hanno delle difficoltà con soggetti dal grave profilo psicopatologico di cui poi parleremo, ma nel complesso vi è una coerenza interna al loro sistema organizzativo-penitenziario / organizzativo-psicosociale e sanitario, capace di agire nei termini della prevenzione primaria diminuendo i fattori di rischio. Ciò contribuisce a comprendere anche la loro relativa minore spesa per farmaci, per ciascun detenuto.

Tra gli esempi di questo sforzo integrato centrato sulla prevenzione primaria, pensiamo alle tessere telefoniche mensili che vengono fornite a ciascun detenuto per poter telefonare ai propri cari, o alla presenza di stanze dell'affetto e dell'intimità differenziate in base alle specificità delle esigenze familiari o di coppia; od ancora, la possibilità per un detenuto di sesso maschile ed uno di sesso femminile, dopo un periodo di analisi e supervisione della loro relazione anche da

parte dello staff socio-psicologico, di poter dichiararsi come coppia e di poterlo essere come tale.

L'espressione massima di un'organizzazione congiunta dei due ambiti (socio-sanitario e gestionale penitenziario) orientata nel senso della prevenzione primaria, è nell'aver strutturato gli spazi, i tempi, le regole attraverso la dimensione interpersonale di un "gruppo comunitario" dei detenuti, piuttosto che una strutturazione degli interventi che vedono nel singolo detenuto l'oggetto ed il soggetto di riferimento.

Ciò è di estrema rilevanza perché questa organizzazione comunitaria dei detenuti comporta dei notevoli cambiamenti nell'ambito dei rapporti interpersonali e gerarchici all'interno dell'intero istituto penitenziario.

I detenuti facenti parte di un gruppo/comunità sono impegnati principalmente nella coesione e continuità del gruppo perché il loro gruppo diventa, anche se in piccola scala, quell'ambito sociale, affettivo e relazionale - un contesto di appartenenza - che più si accosta e somiglia alle condizioni di "normalità" relazionale di vita.

Nel gruppo-comunità ci sono compiti, tempi, responsabilità da dividere e condividere, c'è la possibilità di pensare e di discutere sui programmi e le attività da svolgere. Insomma nel gruppo comunitario c'è vita.

In questo modo si aiuta il detenuto a non avere quale unico interlocutore le regole di un'organizzazione estranea e si aiuta ciascun detenuto a non delegare se stesso solo e soltanto ai servizi istituzionali, od a rinchiudersi in una solitudine profondissima.

Gli aspetti prima accennati, sia quello delle norme e regole penitenziarie, sia la strutturazione fisica e relazionale nei termini di gruppo-comunità, riducono grandemente il ricorso alle cure perché le sintomatologie se pur presenti hanno diversa intensità e gravità. A volte è il gruppo stesso ad essere capace di svolgere una funzione di sostegno o di segnalare fatti allarmanti; svolgendo quindi una funzione di filtro e di mediazione tra le esigenze del singolo e la complessa e faticosa realtà di vita in condizioni di detenzione.

Ovviamente la nostra ricerca ha ricevuto un grande stimolo dal confronto con i colleghi catalani su questo tipo di organizzazione dei detenuti. Centrale ci è parso l'approccio al contempo pragmatico e ricco di sensibilità culturale, umana e scientifica.

A titolo di esempio della capacità di gestione dei detenuti con modalità di tipo gruppale e comunitario, desidero citare la bella risposta che ci ha dato il Dott. José Manuel Nunez Hortas, Direttore del carcere giovanile. Noi gli chiedevamo come si comportasse con i detenuti presenti presso il carcere e facenti parte di specifiche gangs sud americane, rispetto alla strutturazione comunitaria; gli chiedevamo se lui preferiva distribuire i membri di queste gangs in diverse sezioni del carcere o se riusciva a farli stare insieme come gruppo-comunità. La risposta che ci è stata data con la massima immediatezza e chiarezza è che se il leader di queste gangs avesse mostrato di essere un leader positivo (regole, attività, comportamento..), li avrebbe mantenuti nello stesso gruppo comunitario, se al contrario fosse stato un leader negativo li avrebbe distribuiti in gruppi diversi.

La estrema laicità e pragmaticità di questa impostazione, sostenuta da una grande esperienza in ambito sociale accumulata negli anni, possono darci la misura della sicurezza e competenza sia del Direttore, sia dell'habitat normativo e culturale in cui lavorano gli operatori coinvolti.

Non è forse un caso che il Dott. Nunez Hortas del carcere giovanile, sia uno psicologo!

Altro aspetto importante da sottolineare nella organizzazione catalana è la robusta presenza di una équipe psico-sociale che è inquadrata come équipe unitaria curante. Tale struttura è composta da educatori e psicoterapeuti ed è il polo di riferimento insieme al Direttore ed al rappresentante della Polizia penitenziaria dell'andamento dei singoli percorsi dei detenuti. Più a distanza si trova il medico psichiatra che viene coinvolto solo laddove la gravità o l'urgenza lo richiedono. Anche ciò contribuisce a tenere più lontana l'attrazione fatale tra disagio psichico e l'eccessivo utilizzo di farmaci psico-attivi.

Vorrei ora segnalare alcuni dati importanti, circa la necessità di un coinvolgimento della Giustizia anche precedente all'ingresso in carcere, già al momento della sentenza. Sappiamo ad esempio che in Gran Bretagna come in Croazia, alcune indicazioni circa i percorsi terapeutico-riabilitativi da intraprendere vengono già date, o sono già presenti, nella Sentenza di Giudizio. Ad esempio in Croazia è il giudice che partendo dal reato commesso, dalle sue circostanze e caratteristiche, nell'infliggere la pena, indirizza verso specifici percorsi "trattamentali". Quali esempi possiamo elencare: le problematiche di alcolismo o di dipendenza da sostanze, di

pedofilia o violenza, disturbi post traumatici da stress (questi ultimi legati particolarmente, in Croazia, alla pesante eredità della guerra).

Altro aspetto significativo, è la forte richiesta da parte della Polizia penitenziaria, specialmente in Italia, di essere impegnata nella comprensione e nella partecipazione ai progetti terapeutico-trattamentali dei detenuti. Dimenticare, infatti, il significato ed il ruolo di questa figura professionale non dandole il giusto peso nell'ambito del processo terapeutico-riabilitativo, può determinare uno scollamento del significato di un lavoro congiunto ed efficace.

Un ragionamento più approfondito deve essere effettuato sul tema dei pazienti con gravi e limitanti disturbi di personalità.

Sappiamo che la Gran Bretagna è già da diversi anni scientificamente ed operativamente impegnata nel trattamento di queste persone. Anche la Spagna, ed in particolare la Catalogna, si stanno interrogando con molta determinazione su quali strumenti dotarsi per la diagnosi ed il trattamento di questi pazienti. Sappiamo per esperienza, e perché il progetto MEDICS ce lo ha ribadito, quanto sia complesso l'intervento in quest'ambito psicopatologico.

In prospettiva sarebbe di grande rilievo guardare oltre, o con più profondità di indagine, il disturbo di personalità al fine di delineare e definire lo specifico profilo di personalità del detenuto. Ciò con l'obiettivo di cogliere lo specifico disegno psicopatologico interno al paziente con grave e limitante disturbo di personalità. Questo è un punto che la nostra ricerca ha toccato rilevando come ancora una volta in Catalogna ci sia una capacità di gestione maggiore che negli altri Paesi. Ciò appare collegato alla predetta organizzazione comunitaria della vita del detenuto. Come se l'organizzazione comunitaria di vita e la responsabilità del gruppo dei detenuti e dello staff, fosse capace di ridurre il consolidarsi e lo sclerotizzarsi del disturbo di personalità. Scientificamente e culturalmente ciò non ci è del tutto nuovo se consideriamo ad esempio la rilevanza del contributo teorico e pratico del grande psichiatra e psicanalista inglese Wilfred R. Bion. Questo Autore mise in evidenza, già dagli anni '40, il rapporto direttamente proporzionale tra tendenza alla scissione psichica e mancanza di un contenitore affettivo e relazionale, un contesto di appartenenza, quale si dimostra essere il gruppo comunitario realizzato dall'esperienza catalana e spagnola in generale, nelle forme che abbiamo osservato.

In estrema sintesi, le indicazioni che il progetto di ricerca MEDICS desidera fornire, al fine di diminuire il disagio psichico della popolazione detenuta sono, in ordine di necessità emersa:

1. Studiare e promuovere l'impostazione centrata sulla prevenzione primaria motivazionale, sul modello Catalano;
2. Studiare e sviluppare le possibilità normative che congiungano e che facciano da ponte tra il momento del giudizio ed il percorso detentivo. Ciò in forma molto netta accade in Gran Bretagna.
3. Promuovere il progetto di uno studio europeo dedicato alla problematica dei gravi e limitanti disturbi di personalità della popolazione detenuta, così da poter avere nel dibattito scientifico punti in comune sui quali sviluppare percorsi ed interventi psicoterapici, riabilitativi di provata efficacia.

Vorrei concludere riflettendo su un punto nodale che è emerso da una informazione che ci hanno fornito i colleghi Dott. Jaime Martin Barberan e la Dott.ssa Victoria Humet Matilla.

Ci hanno detto infatti che la prima legge emanata dal Parlamento spagnolo dopo la dittatura è stata la riforma del Codice penale, di procedura penale, e delle leggi e regolamenti penitenziari. Il collega ci ha anche riferito che il loro Legislatore prese spunto e si avvalse, in questa opera riformatrice, del contributo delle leggi e dei regolamenti della Repubblica italiana.

Oltre l'aneddoto, ciò testimonia quale forte indicatore sia il sistema delle pene e dei diritti, nella valutazione del livello umano e democratico di una collettività.

ANTONIA TARANTINO

Sono impegnata da anni in Regione Lazio. Anche se con ritardo, infatti non facevamo parte del monitoraggio dei protocolli, la regione Lazio ha prodotto linee guida per la presa in carico di detenuti tossico dipendenti con programmi operativi che stanno per partire. Lo stesso ha fatto per la presa in carico di detenuti con problemi psichici. La prevenzione del rischio è stata già attivata in 3 penitenziari. All'interno dell'operatività della Regione, tra le articolazioni sanitarie e il PRAP sono stati definiti i passi per il superamento degli OPG. Occorreva individuare i penitenziari all'interno dei quali far nascere le articolazioni e conoscere il fabbisogno dei posti letto all'interno delle articolazioni. Abbiamo lavorato con le ASL per la

presa in carico dei pazienti che si trovavano nei 6 OPG italiani. La problematica della misura di sicurezza provvisoria è molto grave. La regione ha un protocollo di intesa con la Magistratura di sorveglianza e con i GIP, e con loro stiamo definendo delle linee guida per la gestione condivisa del paziente in REMS. Il lavoro con i magistrati è fondamentale. La regione Lazio ha individuato 5 strutture allocate su 2 aree del territorio: ASL di Frosinone e ASL Roma 5. Oggi 4 su 5 moduli sono aperti. Il 5° sarà aperto nei prossimi giorni. Collaboriamo con le ASL, il PRAP, la Magistratura. Il fabbisogno ha avuto l'approvazione del Ministero della Salute e ci sono stati i finanziamenti. Oggi sembra che le residenze non siano sufficienti perché nelle REMS arrivano continuamente internati, così come persone provenienti dalla libertà. L'OPG di Aversa doveva essere chiuso nei mesi scorsi ma ciò non si è potuto fare a causa della permanenza anche di alcuni nostri internati.

Sessione II

Dal progetto transnazionale alle proposte operative per la gestione del disagio mentale

TERESA DI FIANDRA

La Conferenza unificata è un organismo tecnico e politico per ratificare decisioni congiunte dei diversi livelli dell'organizzazione dello Stato. Essa governa il passaggio del 2008, con il DPCM sulla sanità penitenziaria, dal sistema giustizia al sistema sanitario nazionale. Da ciò si formano due tavoli importanti: il tavolo inter-istituzionale per la sanità penitenziaria e comitato paritetico per il percorso di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A entrambi i tavoli io rappresento il Ministero della Salute. E' stato già detto che per superare gli ospedali psichiatrici giudiziari è necessario lavorare sulla presa in carico delle problematiche di salute mentale nel circuito penitenziario normale. Da 15 anni sono rappresentante dell'Italia presso l'OMS, i cui strumenti sono stati ripresi per essere parte degli accordi italiani, e sono il risultato dei lavori fatti su questi documenti. Alla luce di questo, voglio dare rapidamente risposta alle analisi fatte dagli altri relatori; per prima cosa il nostro SSN si basa sulle leggi quadro, sulla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (livelli di qualità) e bisogna confrontarsi con le Regioni, che sono autonome nella somministrazione dei servizi. Questo è un elemento fondamentale perché la responsabilità organizzativa spetta alle Regioni e i tavoli servono a livellare verso l'alto la qualità delle risposte. Il Ministero della Salute ha poteri diversi da quello della Giustizia, esso non può emanare ordinanze ma deve condividere nella conferenza unificata (con gli enti locali) gli accordi che dal 2008 ad oggi sono moltissimi. Nonostante i lavori congiunti, tanti accordi non sono conosciuti anche se decisi tra Ministero della Salute, della Giustizia e delle Finanze. Vorrei sottolineare che la prevenzione e la capacità di gestire le problematiche suicidarie sono state affrontate in un gruppo tecnico di lavoro, e approvate in un accordo specifico; ora tentiamo di attuare un monitoraggio più serrato della reale applicazione di queste scelte condivise. Un problema di fondo è il potere relativo di questo tavolo, che se avesse un potere sanzionatorio contro gli inadempienti potrebbe agire diversamente; visto il suo solo potere di monitoraggio, nonostante l'alto profilo tecnico del nostro lavoro che specifica le applicazioni istituite per istituto, esso non può agire direttamente. Simile destino spetta alla cartella

sanitaria informatizzata: il nostro accordo risale al 2009, tutti i criteri per un sistema informativo sanitario nazionale con la possibilità di mettere i dati in rete erano stati messi a punto, ma il problema è che i dati sanitari sono coperti dalla privacy. Si era quindi disciplinato l'aspetto di quali dati bisognasse condividere (patologie infettive soprattutto per prendere adeguate misure di prevenzione), ma non tutti i dati si possono fornire, c'è il rischio di essere sanzionati dal Garante della privacy. Tutti gli accordi siglati finora prevedono la formazione congiunta: punto fondamentale della formazione integrata è l'apprendimento del linguaggio sanitario e penitenziario per poter interagire nel miglioramento della qualità delle cure e dell'ambiente. L'importanza dell'ambiente: il benessere mentale della persona può essere a rischio nel penitenziario, creare un'ambiente favorevole per il detenuto è doveroso. Come referente dell'OMS ho saputo di un progetto internazionale focalizzato sulla creazione di un clima di collaborazione e di rispetto reciproco, con l'utilizzo dei peer supporters per migliorare il clima e promuovere il benessere per tutti i detenuti: questo è uno strumento da utilizzare.

Esistono due progetti nazionali finanziati dal Ministero: come referente scientifico del Ministero ho coordinato uno studio con sei regioni italiane, capofila la Toscana (è disponibile il libro online), che ha profilato i bisogni di salute di 16.000 detenuti (1/3 della popolazione penitenziaria) e che ha fornito uno spaccato dei reali bisogni, soprattutto il fatto che il problema più urgente di salute per oltre il 40% dei detenuti è un problema di salute mentale, seguito da malattie gastroenteriche e di altro genere per le quali sono aperte altre progettualità. Un altro progetto vede capofila la regione Emilia Romagna, sul suicidio e sulla salute mentale. Abbiamo una popolazione di immigrati molto alta, con l'aiuto dell'OIM faremo una formazione sulla mediazione culturale e sull'offerta attiva delle vaccinazioni anche ai migranti nelle carceri di 5 regioni coinvolte.

Un altro sotto-progetto riguarda la gestione del dolore in carcere, per arrivare a carceri senza dolore. Il consumo di farmaci è altissimo e spesso inappropriato da un punto di vista sanitario, invierò il report a tutti per diffondere i risultati. Per legge (legge 81, 2014) riceviamo le sintesi dei percorsi terapeutico-riabilitativi per tutti i presenti degli OPG, il percorso in dettaglio viene inviato al magistrato. Dopo una prima profilazione delle caratteristiche e delle problematiche psichiatriche dei detenuti dell'OPG, stiamo costruendo un database per tutti quelli che passano e sono nelle REMS (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza), le strutture

che accolgono i detenuti tradotti dagli ospedali psichiatrici, con 20 posti letto al massimo e a gestione totalmente sanitaria. Ancora ci sono aspetti da chiarire. Il Commissario unico nazionale, che non è potuto essere presente, ha appena fatto una relazione trimestrale ricca di spunti da accogliere per poter portare tutte queste residenze allo stesso livello di qualità. Dopo un'analisi delle diagnosi iniziali e dei percorsi individuali proposti per queste persone nelle residenze, faremo un report complessivo. Ci sono molti elementi, il dialogo esiste ma si può dialogare meglio. Domani la Dr.ssa De Carli illustrerà cosa facciamo per portare a regime il problema delle articolazioni per la salute mentale, oggetto principale del suo lavoro.

MASSIMO DE PASCALIS

Noi dell'ISSPe siamo stati coinvolti fin dall'inizio soprattutto per l'attività formativa. Ritengo compatibili le esigenze del sistema penitenziario e le esigenze del sistema sanitario. Tutelare la salute dei detenuti è un fatto prioritario anche alle esigenze di sicurezza. Quello che mi auguro da anni è l'arrivo ad un sistema sanitario pubblico per i detenuti (mi sono battuto come fautore della riforma introdotta col DPCM del primo aprile 2008), vedo però che ancora non si è maturata piena consapevolezza. Il sistema sanitario non ha maturato la consapevolezza necessaria per evitare di riproporre un modello organizzativo sulla base di quello che doveva essere superato dalla riforma del 2008. La salute del detenuto deve essere assicurata al di fuori delle strutture penitenziarie, e non replicando le strutture all'interno degli istituti. Se nel 2016 ancora ci si chiede se dobbiamo mantenere aperte le sale operatorie in carcere vuol dire che siamo ancora indietro. Quanto alla privacy, non vogliamo invadere la privacy, ma resta aperta la questione che tutto l'ordinamento penitenziario, le esigenze trattamentali, la tutela dei diritti della persona, il programma di trattamento e quello di sicurezza ruotano intorno alla conoscenza della persona, e un elemento fondamentale per conoscere una persona riguarda anche le sue condizioni di salute.

Quando l'Amministrazione chiede tali informazioni, intende avere una relazione di conoscenza sullo stato generale del detenuto, e su quanto queste condizioni incidano sul trattamento e sulla rieducazione, ad esempio per l'idoneità al lavoro. L'obiettivo è maturare un equilibrio tra le parti nella piena consapevolezza delle esigenze trattamentali del detenuto, per evitare comportamenti in ciascun istituto penitenziario che portano a conflitti tra gli operatori a danno della persona che

siamo chiamati a tutelare, sia dal punto di vista trattamentale sia sanitario. Confido che la riforma della Sanità penitenziaria riuscirà prima o poi a produrre effetti a regime, rispetto al suo obiettivo politico del 2008.

GIUSEPPE CAPUTO

Una premessa metodologica: il Progetto ha come obiettivo quello di “analizzare la frequenza e la distribuzione nella popolazione detenuta del disagio psichico e del disagio psichico legato al consumo di sostanze stupefacenti e alcoliche in relazione alle principali varianti giuridiche e socio-anagrafiche”, tentando di coniugare l'aspetto sanitario a quello giuridico. In prima istanza ci è stato detto di no. Ma abbiamo proposto un modello di ricerca che prevede l'anonimizzazione di tutti i dati raccolti. Entrambe le Amministrazioni di riferimento hanno trasmesso i dati ad un terzo ente già in forma anonima. La distribuzione rispecchia lo studio del 2015 del Ministero della Sanità, 65% detenuti senza diagnosi e 35% con diagnosi psichica, 20% con disagio legato a sostanze, 9% con disagio psichico vero e proprio. Il campione è di 250 detenuti, la doppia diagnosi di disagio psichico e consumo di sostanze riguarda solo 7/256 detenuti. Il 40,5% dei disturbi è legato a stress e somatizzazione. Sulle diagnosi legate all'uso di sostanze e alcol è da notare la prevalenza di disturbi legati agli oppioidi. Uno dei dati più interessanti è quello del momento della diagnosi: 60% all'ingresso; tutto il resto con percentuali sotto il 10% o poco sopra il 10% (dopo un mese, due etc. etc.), ma se scomponiamo il dato in “diagnosi psichica” e “diagnosi psichica legata all'uso di sostanze” vediamo che la prima è diagnosticata all'ingresso solo nel 17% dei casi. Forse per la tipologia della causa, spesso reazioni da stress, o patologie che emergono nel corso della detenzione. Di fronte ad un disturbo legato a sostanze le diagnosi si effettuano invece all'ingresso del carcere. C'è una differenza di distribuzione dei disturbi tra italiani e stranieri: questi ultimi costituiscono il 45% del totale del campione dei soggetti affetti da disturbo psichico; l'83% dei disturbi psichici senza uso di sostanze è composto da italiani. Qualche ipotesi: l'italiano è più soggetto a disturbi in carcere? E' più facile per il detenuto italiano relazionarsi col personale sanitario? La percentuale torna in equilibrio per i disturbi legati al consumo di alcol e droga. Tra maschi e femmine ci sono molte differenze, al 31 dicembre, con l'8% dell'istituto composto da donne, la percentuale di donne affette da disturbi psichici è di 3 volte superiore rispetto alla proporzione all'interno dell'istituto.

Dall'analisi del numero di carcerazioni precedenti dei soggetti con disagio psichico e soggetti tossicodipendenti, e del tempo trascorso in carcere sia nell'attuale detenzione sia precedentemente, sono emersi i seguenti risultati: i detenuti tossicodipendenti (per la maggior parte stranieri) hanno almeno 4 carcerazioni precedenti con tempi di permanenza più bassi; i detenuti con disagio psichico vero e proprio hanno avuto meno carcerazioni pregresse con un tempo di presenza in carcere più lungo. Tra le donne affette da disturbi psichici l'età media è più alta che tra gli uomini, hanno un tasso di relazioni esterne più basso, e ci sono numerosi fattori da considerare.

Si può collegare l'aspetto sanitario con quello giuridico, e credo che debba essere il nostro punto di partenza. Apprezzo lo studio del Ministero della Salute del 2015, credo che abbia colmato un grande gap di conoscenza. Il comitato bioetico di Bologna ha approvato per conto del DAP questo protocollo di ricerca, che speriamo avrà ulteriori sviluppi in futuro.

ALFREDO DE RISIO

La SIMSPe, che io rappresento, ha dato il suo contributo nella ricerca e nella formazione, grazie al dott. Ferrara, Inglese e dott.ssa Ramirez per la formazione negli istituti penitenziari. Che cos'è il carcere? Il carcere è società, società normata. Da questa idea siamo partiti con il Progetto MEDICS. Volevamo ricercare nelle tre Regioni e nelle voci dei cittadini, le impressioni del rapporto tra individuo e stile di vita negli istituti penitenziari, così come possono essere rintracciate nei questionari distribuiti nelle carceri. Il campione è ripartito tra comparti ministero, sicurezza e servizio sanitario regionale. Altre figure sono state considerate ma non citate (i volontari, spesso non citati perché non professionisti ma non per questo non professionali).

L'obiettivo era indagare gli atteggiamenti e stabilire possibili strategie di intervento atte a favorire l'istanza della salute mentale in ambito penitenziario. La ricerca italiana si articola su 4 direttrici: rilievi a campione, rilievi sul disagio mentale, strategia di intervento e rilievi sul dato reale. All'interpello hanno risposto 368 professionalità, divise come detto prima. Quello che volevamo evidenziare non è il dato reale, perché non è difficile rintracciarlo con i colloqui clinici (l'uso dei farmaci, le visite specialistiche..) ma quello della psicopatologia da reclusione, che ha aspetti

più fluttuanti che caratterizzano quadri clinici non meno importanti, perché portano a stati di profondo disagio psichico. Nelle esperienze estere con i professionisti del San Giovanni di Dio, l'intervento che loro operavano per una psicopatologia erano quelli da asse 1, ma quei disturbi manifestano altre forme di disagio erano supportati da interventi a carattere psicologico gruppale. Occorre fare una riflessione sull'uso e sull'abuso di farmaci a fronte di forme di disagio che possono essere affrontate con modalità diverse. E i disturbi del carcere includono tipi di disturbi che è importante richiamare quando un Servizio sanitario nazionale entra negli istituti penitenziari.

Quelle sindromi da carcerazione vanno tradotte in linguaggio corrente. Occorre superare il pregiudizio che pesa talvolta sulle offerte di cura quando si parla di "salute mentale in carcere". Il carcere secondo la Costituzione con la sua funzione rieducativa, non si concilia con il tema emerso dalle schede, il tema dell'ozio: incontrando le realtà penitenziarie partner del Progetto, abbiamo visto che l'attività riabilitativa deve partire da un'azione del soggetto. L'ozio aggrava il malessere della psicopatologia da reclusione. Anche il tema della complessità della relazione è stato evidenziato dalla ricerca e dalle attività di formazione negli istituti target: si può dire che i modelli indipendenti e interdipendenti ancora oggi dopo otto anni dal DPCM hanno ancora difficoltà ad attuarsi.

ALESSANDRA ORETTI

Porto la testimonianza di un'esperienza pratica del lavoro del Dipartimento di salute mentale di Trieste nell'istituto penitenziario della città: il carcere visto in un'ottica di territorio di interesse per il Dipartimento. Parlo di un'esperienza fatta in un territorio dalle dimensioni contenute e nel quale dopo la legge Basaglia si è sviluppata una rete di servizi fortemente radicati nel territorio urbano e che oggi incontrano il 17 per mille dei residenti della città. I Centri di salute mentale sono sostitutivi dell'ospedale, aperti h 24 e trovano il 94% della spesa in investimento a fronte del 6% per il servizio psichiatrico di diagnosi e cura. L'esperienza triestina ha dimostrato che le città possono vivere senza manicomio e si può dare aiuto salvaguardando il grado massimo di libertà possibile su territori di riferimento limitati. Abbiamo un bassissimo numero di TSO, 1 all'anno ogni 10.000 abitanti, sono abolite forme di trattamento violento (shock e contenzione) e i Servizi di salute mentale operano per evitare le misure di sicurezza detentive e l'invio di

pazienti nelle REMS. Negli ultimi vent'anni è stata creata una rete di servizi sanitari in base al principio della medicina di comunità. Qui si iscrive il lavoro nel carcere, strategico per le perizie ad uso dei magistrati e per la proposta di programmi di esecuzione della pena in luoghi idonei e con modalità adeguate alla salute del soggetto. La tutela della salute mentale è una funzione riconosciuta ai CSM fin dalla loro nascita, quindi essi operano a Trieste già dal 1979 nella cura del disagio psichico in detenzione, in base al principio della competenza territoriale. Questa modalità ha anticipato il DPCM 2008, che ha trasferito le competenze della medicina penitenziaria, e in Friuli è stato attuato nel 2014. Lavoriamo con un gruppo di lavoro interdisciplinare, ogni CSM ha un team di psicologi e dirigenti e personale sanitario, il servizio è rivolto a detenuti che necessitano di consulenza psichiatrica e a coloro che erano già in contatto con i CSM prima della detenzione. L'obiettivo è la continuità terapeutica per coloro che sono già in carico, e evitare l'invio alle REMS. In casi gravi il DSM può attivare misure di ricovero sia nei CSM territoriali che negli SPDC. Il nostro lavoro non si limita alla consulenza ma risponde ai bisogni dei detenuti anche rispetto alla situazione ambientale e detentiva, coinvolgendo le istituzioni sanitarie. Lavoriamo con altri enti sanitari e i nostri servizi si svolgono in collaborazione col personale medico. In questi ultimi anni si è rivelato importante il discorso della prevenzione del comportamento suicidario, ed è chiaro che se si lavora in concerto tra Sanità e Servizi penitenziari i risultati saranno migliori. Nel 2015 abbiamo svolto un corso di formazione sul rischio suicidario per i 2/3 degli agenti di Polizia penitenziaria e del personale sanitario, che ora verrà ripetuto per i volontari. Abbiamo osservato che le attività svolte hanno avuto buoni risultati, anche nei confronti dello stigma dei pazienti detenuti, e hanno aiutato al reinserimento sociale. La collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria e giudiziaria è stata possibile e la sensibilizzazione del personale sui temi della salute mentale è stata fondamentale. Bisogna partire da servizi psichiatrici forti disposti a mantenere un contatto e una continuità terapeutica. Qui veniamo al problema delle risorse, nella nostra azienda sanitaria la salute mentale prende il 4% della spesa sanitaria complessiva, i numeri sono inferiori nelle altre regioni. Certamente una salute mentale tutelata all'esterno dell'istituzione può garantire una salute mentale meglio gestita all'interno.

ILSE RUNSTENI

Per MEDICS nella sua articolazione in ambito regionale, si è scelto l'istituto di Bologna per le dimensioni medio grandi (730 detenuti) e la tipologia di detenuti. E' una Casa circondariale con sezione femminile e sezione di reclusione. La regione, così come le Marche, vanta una buona sinergia con il territorio, presidi sanitari, volontariato e terzo settore. Le fasi del progetto hanno previsto: la somministrazione di questionari relativi alla presa in carico e alla gestione del detenuto, e un corso congiunto tra sanitari e Polizia penitenziaria in vista di una proposta integrativa di trattamento del detenuto. La Direzione dell'istituto ha elaborato il progetto "Creativamente", finanziato dalla Cassa delle ammende. Spunto e presupposto è lo stretto legame tra arte e psiche, il creare con la mente, l'arte come espressione dell'identità della persona: si sono svolti due laboratori artistici per 10 detenuti, 5 uomini e 5 donne. Il fine è quello di considerare il carcere come momento di passaggio per poi tornare alla società, e l'attività è finalizzata al reinserimento sociale. La Direzione dell'istituto sta valutando la possibilità di organizzare delle mostre, e l'ipotesi di commercializzare le opere stesse.

MARCO BONFIGLIOLI

Il dr. Bonfiglioli, Direttore di area pedagogica del Provveditorato regionale del Piemonte, partecipa alla conferenza in veste di rappresentante del Provveditore regionale dr. Pagano. Il dott. Bonfiglioli esprime una nota critica nei confronti dell'Amministrazione penitenziaria, perché a suo parere si è creato un certo disordine nella progettazione dei Protocolli di prevenzione, in quanto dovrebbe essere istituito prima un Piano nazionale e poi i protocolli regionali e locali, e non il contrario. Ragiona sui fattori che sul piano strutturale e psicosociale determinano comportamenti a rischio, sulle ragioni del disagio in carcere, e per fare ciò intende parlare dello stato di salute dell'Amministrazione penitenziaria. Dove c'è un'Amministrazione in sofferenza si produce più sofferenza.

L'amministrazione è stressata da varie emergenze, come quella del terrorismo internazionale e dei migranti. Istituti come quello di Torino o di Rebibbia hanno detenuti di 60/70 nazionalità diverse, quindi anche i problemi psichiatrici sono eterogenei. In questo contesto l'Amministrazione penitenziaria vive una situazione di patologia. Ritornando al Piano nazionale, nella bozza del testo compaiono due punti importanti: la sorveglianza a vista e il tema dell'ambiente. Bisogna ragionare

sul fatto se la sorveglianza a vista rispetto a un problema di disagio psichico sia valida, poiché questo tipo di problema necessita di altre soluzioni. Secondo Bonfiglioli il Piano nazionale non coglie un aspetto che il Documento nazionale della bioetica del 2010 sottolineava. È necessario usare un approccio che non vada solo a cercare i disturbi della singola persona, ma anche ragionare sugli ambienti che predispongono a slatentizzare comportamenti e patologie o situazioni di rischio suicidario. Secondo l'approccio ecologico il rischio di suicidi è più elevato in alcune sezioni, dove c'è promiscuità, dove le relazioni sociali sono discontinue, dove il contesto strutturale è più deteriorato. Bisogna quindi prestare attenzione non solo al singolo individuo ma anche al contesto penitenziario.

RICCARDO TURRINI VITA

Il dr. Turrini Vita affronta la questione teoretica del disagio psichico, un problema che, sia nelle forme più acute sia in quelle meno acute, ha interpellato da più di due secoli il mondo dell'esecuzione della pena. Il sistema dell'assistenza al disagio psichico dei detenuti è investito ormai da dieci anni da importanti mutamenti. Mutamenti di collocazione istituzionale, di responsabilità, di assegnazione di fondi, anche se è ancora presto per esprimere un giudizio su questi cambiamenti. Prima di dare la parola agli altri relatori, il dr. Turrini Vita osserva che questi si sono concentrati sui bisogni della persona e della comunità. È auspicabile che da questo confronto e da queste esperienze che sono state raccolte si possa poi ottenere un consolidato da diffondere nell'Amministrazione italiana e che l'Amministrazione penitenziaria possa fare proprio.

GIULIO STARNINI

Il dott. Starnini che si concentra sulle differenze emerse nella presa in carico del paziente fra Italia, Catalogna e Croazia. L'aspetto della formazione è uno di quegli aspetti che negli ultimi due anni di lavoro è emerso con forza nel contesto italiano, nella ricerca del dott. De Risio, negli incontri in Catalogna e Croazia. L'impegno per la formazione dell'Italia ma anche degli altri partner europei deve essere prioritario. In Catalogna le posizioni del Ministero della salute e del Dipartimento della giustizia sono state chiarite da diversi anni. La presa in carico del paziente avviene in totale sicurezza per i cittadini catalani, nel rispetto del diritto alla salute. In Croazia l'assistenza alla salute è ancora di competenza del Ministero della giustizia. Questo

permette un approccio diverso da quello catalano, con risorse inferiori rispetto alla Catalogna, ma comunque efficace. In Italia la formazione congiunta trova un primo ostacolo: la difficoltà di dialogo fra l'istituzione sanitaria e quella penitenziaria, due istituzioni che invece dovrebbero interagire per far fronte al problema del disagio psichico in carcere. In Catalogna e in Croazia c'è collaborazione fra Giustizia e Sanità ed è per questo che il sistema funziona. In Italia è necessario lavorare ancora affinché questo spirito di collaborazione coinvolga anche il sistema sanitario.

III Sessione

Il problema del disagio psichico carcerario nella dimensione europea, esperienze a confronto.

GRAZIA DE CARLI

La dr.ssa De Carli, Direttrice dell'Ufficio misure di sicurezza – DAP, osserva che la difficoltà è stata mettere insieme l'Amministrazione penitenziaria, la Sanità e le Regioni. È stato necessario un anno per ottenere un dialogo comune fra queste tre istituzioni. Dopo tre anni di lavoro insieme si ripresenta questo problema e davanti all'offerta formativa fatta dall'Amministrazione penitenziaria alle Regioni, con progetti e programmi avviati, queste hanno risposto che non si occupano di formazione perché non è di loro competenza. La dottoressa però sottolinea che la formazione congiunta è necessaria. De Carli si è occupata nello specifico del processo di chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari e quindi delle misure di sicurezza detentiva. Nel 2008 è stato emesso un DPCM che tracciava le linee da percorrere perché si arrivasse alla chiusura definitiva degli Ospedali psichiatrici giudiziari e all'affidamento di queste persone alla Sanità nazionale e alle Regioni. Il DPCM era organizzato in fasi: la prima fase prevedeva di restituire alla collettività, alla vita civile, le persone in cura presso gli ospedali psichiatrici per proroghe, dopo un riesame della pericolosità. Ciononostante è stato impossibile dimettere i pazienti per mancanza di strutture sanitarie che se ne potessero fare carico, quindi da parte della Magistratura veniva nuovamente prorogata la misura di sicurezza. Questa è stata la prima azione congiunta di Sanità e Regioni per dimettere i pazienti dagli ospedali psichiatrici (300/400 persone). La seconda fase consisteva nel riportare negli istituti di pena le persone che non erano nello status di internato, ma detenuti, e che venivano avviati negli Ospedali psichiatrici giudiziari per

osservazione psichiatrica o per infermità psichica. Questo ha comportato l'istituzione di articolazioni, che non sono reparti psichiatrici né sezioni detentive, ma un momento transitorio in cui deve essere assicurata un'osservazione o una cura e una vita detentiva. Secondo De Carli non c'è necessità di istituire articolazioni nei nuovi istituti perché si tratta di numeri piccoli (200 persone circa). Si è affrontato il problema dell'art. 148 del codice penale in base al quale i detenuti dovrebbero andare nelle REMS, ma secondo la dott.ssa non è questa la soluzione. Si è lavorato partendo da una distinzione fra status di detenuto e status di internato. Non ci sono più persone detenute che vanno in osservazione in OPG perché questi stanno chiudendo. Ne sono rimasti tre da chiudere, uno è in Campania, ad Aversa, con soli sette internati, uno è a Montelupo Fiorentino e uno a Barcellona. Sono stati chiusi gli ospedali psichiatrici di Castiglione, di Reggio Emilia e una sezione di casa di cura e custodia a Firenze Sollicciano. La dottoressa poi fa riferimento ad una domanda posta nella prima giornata di lavori, su quale patologia dovesse avere un detenuto per andare in una REMS. L'avvio di un detenuto in una REMS è dato dalla pericolosità del soggetto, che il magistrato valuta in base ad una perizia tecnica. La dottoressa conclude il suo intervento con una valutazione del lavoro svolto, un percorso difficile e che non è ancora giunto al termine, ma che sta dando risultati positivi.

PAOLA MONTESANTI

La dr.ssa Paola Montesanti, Direttrice Ufficio servizi sanitari – DAP, risponde alla domanda del dott. Starnini su come può intervenire l'Amministrazione penitenziaria per far fronte al problema dei detenuti con disagio psichico in carcere. La dottoressa conferma la difficoltà del confronto fra le due istituzioni, sanitaria e penitenziaria, che devono prendersi cura dei pazienti con disagio psichico. Il Servizio sanitario nazionale è una grande risorsa tecnica e culturale. La difficoltà sta nel definire il proprio ruolo e nell'interazione fra le due istituzioni. Il sistema a livello nazionale, regionale e locale deve poter dialogare: questa è la difficoltà più grande incontrata poiché l'Amministrazione sanitaria non vuole essere coinvolta più di tanto. Molto è stato fatto a livello di accordi con il Servizio sanitario nazionale per organizzare un'assistenza sanitaria penitenziaria omogenea sul territorio nazionale. L'ultimo accordo del 2015 è diretto proprio a questo: omogeneità dell'assistenza, definizione dei ruoli, compiti del medico dell'istituto, che fa da portavoce del sistema sanitario

nazionale, portavoce della ASL nei rapporti con l'Amministrazione penitenziaria. Montesanti mette quindi in evidenza il concetto della rete, del dialogo e della riflessione congiunta sulle tematiche trattate.

JAUME BARBERAN (ENG)

Il dott. Jaume Barberan, è responsabile della Direzione generale dei servizi penitenziari e della riabilitazione, e il suo intervento mira ad informare gli astanti sul sistema penitenziario in Catalogna, sul contesto amministrativo, e a spiegare quali sono le competenze della Direzione generale nel sistema penitenziario. Barberan fa un breve accenno alla Catalogna, composta da quattro province con sette milioni e mezzo di abitanti. Il 75 % di questa popolazione si concentra nella provincia di Barcellona. Nel 1984 le competenze dell'Amministrazione penitenziaria sono state trasferite in Catalogna. In Spagna ci sono dunque due amministrazioni penitenziarie: una in Spagna e una in Catalogna. La Catalogna è l'unica comunità con competenze per il carcere giovanile e la libertà vigilata e per la polizia. Il codice penale è unico per tutto il territorio ed è stato approvato nel 1979. Questo è stato un avvenimento importante perché i politici che l'hanno approvato erano stati in prigione durante la dittatura di Franco. Il codice spagnolo è molto più progressista di quello approvato dal Consiglio europeo: ad esempio in Spagna in alcuni istituti i detenuti possono incontrarsi per prendere decisioni sulle attività da svolgere. Il Dipartimento della giustizia in Catalogna ha due direzioni generali, una per le prigioni e una per la libertà vigilata e per la delinquenza giovanile.

Il Dipartimento della giustizia svolge diversi compiti, per esempio per quanto riguarda l'esecuzione delle sentenze, la consulenza tecnica della Magistratura e il programma di intermediazione fra i colpevoli e le persone danneggiate. All'inizio del trasferimento di competenze in Catalogna la popolazione carceraria era di 3.000 unità, ma è aumentata di molto fra il 2000 e il 2010. Al giorno d'oggi ci sono 15 prigioni in Catalogna, di cui 11 a regime normale e 4 a regime aperto. L'aspetto che sorprende è la percentuale della popolazione carceraria femminile, che è vicina all'8%, il doppio rispetto a quella europea. Un altro aspetto importante è dato dall'istituzione del regime aperto di cui fa parte il 21% dei detenuti che, in base a questo tipo di regime, devono tornare in carcere solo per dormire. I reati commessi dalla maggior parte dei detenuti sono contro la proprietà e il traffico di droga. Il personale carcerario è composto da 5.400 unità; l'8% lavora nella sorveglianza e il

resto nell'amministrazione. Viene chiesto al dott. Barberan se c'è autonomia della Magistratura per quanto riguarda alcuni aspetti o se invece c'è un unico sistema nazionale giudiziario. Il dottor Barberan risponde che l'ordinamento giudiziario è centralizzato.

HUMET MATILLA (ENG)

La dott.ssa Humet Matilla, membro della Direzione programma di salute per gli Studi penitenziari catalani, afferma che il Progetto ha potuto contare su grandi professionisti nel controllo dei detenuti con disturbi mentali. Una parte della sua presentazione concerne le opinioni dello staff, che propone una serie di programmi volti a identificare possibile disagio dei detenuti, tra cui protocolli informativi condivisi con esperti psicoterapeuti, corsi di formazione, trattamento psicoterapeutico, visite all'aperto, attività di gruppo. Le conclusioni e le proposte della Dott.ssa Humet Matilla guardano allo scopo di incentivare la motivazione. Corsi di formazione con materiale online, che rappresentano un risparmio per l'Amministrazione, e lavoro con team multidisciplinari. Ribadisce il bisogno di organizzazione tra le varie parti e team, che a volte non sono in grado di cooperare. Per i problemi psicopatologici il report computerizzato dovrebbe essere condiviso dall'intero staff medico. Bisogna portare avanti l'idea di programmi personalizzati che prevedano politiche incentivanti. Iniziare i programmi negli edifici a disposizione della comunità sotto sorveglianza speciale senza il bisogno di aprire nuovi centri, piuttosto cercare accordi con le istituzioni per far svolgere questi programmi in edifici già esistenti, con il supporto di uno staff medico multidisciplinare. La dott.ssa afferma la necessità di diagnosi migliori da parte dei giudici, i quali a volte non assegnano i detenuti/pazienti per mancanza delle adeguate informazioni che potrebbero essere fornite da medici specializzati.

ANDREA RUSSO

La dott.ssa Russo parla dell'esperienza croata e si sofferma sulla necessità di azioni concrete per migliorare le condizioni dei detenuti all'interno dei penitenziari, dando più importanza alla sostanza rispetto alla forma, ad esempio le relazioni detenuto/staff. MEDICS ha fornito nuovi orizzonti e prospettive mostrando il

bisogno di una collaborazione tra le varie Amministrazioni penitenziarie, oltrepassando così le barriere culturali e linguistiche.

JOSE' MANUEL NUÑEZ HORTAS

Ho constatato che i problemi che ci sono in Italia sono gli stessi che abbiamo noi: autolesionismo, sovraffollamento, conflitto di competenze tra sanità e sicurezza. È una realtà comune, ma forse gli strumenti che abbiamo sono un po' diversi. È giusta la diagnosi, non è un problema sanitario ma di organizzazione. Cercherò di spiegare il nostro sistema per offrire una visione differente su come risolvere il problema dentro il sistema. Vi porto l'esempio di un carcere per giovani della Catalogna inaugurata a dicembre del 2008, prima i detenuti erano in una prigione molto antica e sovravvollata, 5-6 persone per cella, poi la struttura è stata rinnovata con attrezzature nuove. All'inizio ci sono stati problemi di gestione, sia con il personale che non era abituato ad utilizzare strumenti come lo schermo touch per aprire e chiudere le porte delle celle, sia con i detenuti che nonostante avessero uno spazio nuovo e degno si comportavano male perché l'edificio precedente era meno controllato, non aveva nessuna videocamera di sorveglianza; mentre qui ci sono 270 videocamere di sicurezza in tutti i luoghi comuni e questa è un'intromissione potente nell'intimità delle persone, e ciò generava tantissime resistenze. Quando questo carcere iniziò a funzionare c'era un conflitto cronico, molta violenza, gruppi organizzati di differenti identità che litigavano tra loro, tanti incendi nelle celle. Così grossa era la problematica che la Ministra della Giustizia della Catalogna mi chiamava quasi tutte le settimane, e mi chiedeva cosa succedeva nel carcere, perché non riusciva a funzionare e cosa potevamo fare per migliorarlo. Una cultura penitenziaria è un processo che non si crea un giorno per l'altro. Noi abbiamo una piscina nel carcere, e questo genera polemica nella regione. La gente dice che è come se le persone in prigione fossero in vacanza, in albergo. Però secondo me la piscina nel carcere non è un lusso, ma una necessità. Io sono un tecnico e non un politico, perciò devo utilizzare tutti gli strumenti per raggiungere gli obiettivi che ci siamo preposti. La piscina non è ludica ma è un premio, è vincolata a un sistema motivazionale. La nostra struttura è composta da 4 moduli: reparto di ingressi, di infermeria, di massima sicurezza, un edificio per attenzione specializzata, un edificio educativo, una zona sportiva, tutta la zona logistica di servizi e la zona di attività produttiva (workshops). La capacità massima

teorica è di 467 detenuti ma in realtà nel 2008 risiedevano 380-400 detenuti. Nella legge spagnola fino a 13 anni la responsabilità è della famiglia, da 14 a 17 anni vige la legge penale del minore, i minori non vengono assegnati al sistema penitenziario ma a centri educativi, per i maggiori di 18 anni vige la legge penale degli adulti, ma a livello penitenziario c'è una differenza: da 18 a 21 anni vengono assegnati alle carceri per adulti giovani, anche se occasionalmente possono arrivare anche fino a 25 anni in casi di immaturità, comunque in generale si è stabilito che fino a 23 anni rimangono nel circuito di adulti giovani. Il 70% sono condannati, 30 preventivi, abbiamo un 57,3 di stranieri, ma se consideriamo l'origine sono 80%. Questo condiziona molto la realtà del carcere: Magreb 41%, Sud America 34%, e principalmente si tratta di delitti contro la proprietà (furti con violenza). La droga che si prende di solito è hashish, non eroina, né cocaina. Il nostro obiettivo legale secondo l'articolo 25.2 della costituzione spagnola è che le condanne privative di libertà hanno la finalità di far ritornare la persona ad essere competente ed educata. Poi c'è un obiettivo di gestione, ovvero creare un clima di bassa conflittualità e impegnarsi nelle attività di trattamento.

In Catalogna il trattamento è molto sviluppato. Ho capito che c'è una differenza importante con il sistema italiano: da noi lo psicologo non proviene dall'ambito sanitario ma da quello penitenziario, dipende dal Dipartimento. E questo riduce molto il campo di lavoro della Sanità in carcere perché certamente si occupa della salute fisica e mentale del detenuto, ad esempio in casi di schizofrenia, ma il loro lavoro si focalizza, più che dal punto di vista sanitario, nell'ambito del reinserimento della persona. L'autolesionismo non può sempre essere diagnosticato, però magari l'impulsività sì e lì non c'è bisogno di un lavoro farmacologico ma terapeutico, ovvero psicologico. Secondo noi le attività di trattamento incidono nel clima di conflittualità nella prigione. Sappiamo che una persona che ozia e non ha niente da fare genera problemi, mentre quelli che lavorano no. L'interazione tra personale e detenuti abbassa la conflittualità. L'organizzazione ambientale della prigione, il lavoro retribuito, insieme ai benefici penitenziari e le aspettative dei permessi di uscita sono molto importanti. Un sistema che non gestisce bene la speranza dei detenuti non è destinato a funzionare bene. Abbiamo il vantaggio di avere una legge penitenziaria molto flessibile e generosa, il nostro sistema è molto motivazionale. Questa flessibilità c'è anche nella legge italiana. Tutto questo genera l'aspettativa da parte dei detenuti di migliorare la propria condizione. È come un

gioco. Nella Nel mio istituto ho visto che c'era bisogno di creare incentivi per il comportamento: noi non possiamo togliere dei diritti previsti dalla legge spagnola come per esempio la possibilità di contattare un familiare due volte a settimana, invece possiamo giocare sul numero di ricompense. Se il comportamento di un detenuto è perfetto gli diamo un beneficio: attività di piscina, videogiochi, prestiti di televisori. Questo funziona in tutti gli istituti però nel mio è più immediato perché i giovani hanno bisogno di risposte più immediate. La nostra popolazione è strutturata in 4 livelli, A B C D secondo due fattori: partecipazione e motivazione nelle attività di trattamento e comportamento disciplinare. Ad esempio se un detenuto è al livello A significa che il suo comportamento è ottimo. Se è al livello più basso non ha benefici. Il sistema informatico di Telefonica (una grande compagnia telefonica, come Vodafone in Italia) ci regala minuti di chiamate gratis e noi giochiamo anche su questo. Un detenuto può effettuare due chiamate alla settimana ma possiamo anche regalare chiamate extra. Le comunicazioni sono potentissimi strumenti di motivazione. La famiglia è molto importante, e anche le chiamate intime sono un diritto e non possiamo negarlo. Per quanto riguarda le riunioni familiari, abbiamo anche riunioni congiunte ovvero più detenuti con le rispettive famiglie nella stessa stanza; e questa è una cosa che valorizzano molto. A breve attueremo anche una connessione internet (strettamente controllata) di cui il detenuto può beneficiare se è al livello A. Un'altra cosa molto importante è l'organizzazione interna della prigione. Quando sono arrivato lì come direttore nel 2008 ho trovato un sistema di fasce progressive, ovvero un sistema che distribuisce i detenuti nei vari reparti secondo il comportamento disciplinare. Quelli che si comportano male sono riuniti in un modulo e quelli che si comportano bene in un altro, poi ci sono moduli intermedi. I benefici sono distribuiti in maniera diversa a secondo del modulo in base a una motivazione psicologica. Ad esempio se una persona si trova nel reparto di coloro che si comportano male avrà il minimo che gli può dare la legge e quindi sarà spinto da una motivazione più forte per migliorare la propria condizione e quindi arrivare al modulo A dove ha tutti i benefici.

Se si comporta male, retrocede nel sistema. E questo rinforza il suo comportamento e apprendimento perché tutti vedono cosa succede agli altri. È un sistema che sembra strutturato bene ma nella pratica non funziona bene perché genera situazioni ingiuste e non considera le situazioni personali dei detenuti. Se una persona è nel modulo più difficile, poi viene promosso al modulo successivo ma

non conosce né gli educatori né i compagni e deve fare uno sforzo adattivo, e questo provoca uno stress. Questo sistema generava molti problemi, tant'è che avevo il modulo di massima sicurezza pieno. Allora ho cambiato il sistema: inizialmente si fa una valutazione della persona al momento dell'ingresso nell'istituto (dal punto di vista sanitario, psicologico ed educativo), si fa un profilo penitenziario (numero di volte in carcere, storia tossicologica, l'attitudine verso i professionali, diagnosi psichiatrica) poi si decide il reparto. L'intenzione è non mettere insieme lupi e pecore perché sappiamo che non va bene. Bisogna equilibrare i profili dentro le unità. Un'altra cosa che abbiamo cambiato è il sistema di ricompense, perché se da un lato nel modulo A tutto era perfetto, tutti erano disciplinati, nel modulo D (quello più basso) era l'inferno, c'era molta violenza. Il processo di avanzamento dei moduli fino al programma di trattamento per uscire dal carcere era troppo lungo. Allora abbiamo cambiato il sistema e ora il trattamento si fa in tutti i moduli. I benefici si distribuiscono nella stessa forma in tutti i moduli così come la motivazione. I movimenti sono molto restrittivi, solo in casi d'incompatibilità gravi o di conflitti tra gruppi. Il risultato è stato un equilibrio comportamentale in tutto il carcere e io come direttore dispongo dei professionisti più competenti.

Noi abbiamo tantissimi detenuti che fanno attività trattamentali: la scuola muove 2/3 della popolazione penitenziaria, poi anche attività sportive, workshops. Disponiamo anche di trattamenti psicologici per ridurre rischi di suicidio o di autolesionismo. In conclusione, io penso che sia molto importante avere un sistema di motivazione negli istituti. Il sistema disciplinare non funziona da solo, funziona bene per stabilire i limiti, ma dopo deve intervenire la nostra autorità. Nel mio istituto un detenuto che aggredisce un educatore viene sanzionato con la punizione massima perché noi non dobbiamo mai perdere la nostra autorità. Quando abbiamo il rispetto dei detenuti lavoriamo bene e possiamo fare tutto, perché la nostra missione è legale ma la prigione si deve governare.

C'è sempre resistenza al cambiamento, i nostri funzionari di sicurezza non capivano bene quello che accadeva. La gente ha paura di cambiare la realtà ma i nostri funzionari hanno capito che vivono meglio, che con questo nuovo sistema il conflitto e l'aggressività sono diminuiti. Adesso i miei professionisti della sicurezza sono i primi che si preoccupano che i ragazzi vadano a scuola. Perché conviene anche a loro, c'è differenza tra gestire 5 o 50 ragazzi. Per questo anche il loro

comportamento nei confronti dei detenuti è molto cambiato. Difendere il sistema di trattamento è vantaggioso per tutti. Il problema dei suicidi in Francia ad esempio non è solo dei detenuti ma anche dei funzionari che sopportano una realtà molto difficile. Il nostro sistema è più mite e questo permette anche che le condizioni di lavoro dei nostri collaboratori siano migliori. C'è bisogno di un impulso politico perché noi siamo tecnici e non politici. Ci sono due facce della medaglia: da un lato i politici si preoccupano che non esca nulla sui giornali, dall'altro non alzano un dito, non fanno nulla. Il politico deve essere consapevole che c'è bisogno della politica, c'è bisogno di investire in questo settore. Un aiuto superficiale non serve a nulla. Noi non ci fermiamo mai, la realtà è in continuo movimento. Ad esempio ora stiamo lavorando a un altro programma per prevenire il radicalismo jihadista. Stiamo lavorando a un programma preventivo.

Sessione IV

L'Amministrazione penitenziaria di fronte alla realtà del disagio psichico dei detenuti.

Fabrizio Scalice

Il dr. Scalice, responsabile sanitario ASP in Sicilia, afferma che il detenuto deve considerato UN cittadino. Espone la realtà siciliana, nella quale è ancora presente un OPG, e dove i detenuti che non vengono presi in carico dalle REMS vengono assegnati a istituti penitenziari come il Pagliarelli e sottoposti a regimi più restrittivi.

Negli interventi che seguono ci si sofferma su bisogno appunto di considerare il detenuto come un cittadino, e inserito in istituti dove può ricevere il supporto di uno psichiatra che deve essere presente in ogni istituto. Si parla di difficoltà di coordinamento con la Magistratura che a volte non riesce a indirizzare i detenuti negli istituti dove dovrebbero essere destinati. Per quanto riguarda i finanziamenti per il 2016, la dott.ssa Montesanti descrive i finanziamenti per la sanità penitenziaria che dovrebbero distribuiti a tutti gli istituti con SAI (servizi assistenza intensificata) per destinare ulteriori risorse anche a specifiche situazioni.

ARMANDO REHO

Indubbiamente il tema del disagio psichico e mentale in carcere interroga noi operatori sul modo per affrontare questo disagio. E' una domanda che ci siamo fatti spesso proprio nel momento in cui il disagio delle persone detenute, non solo dal punto di vista psicologico ma anche nell'impatto con la struttura, si riflette nella cura di sé. La prima cosa che ha portato a riflettere tutti gli operatori penitenziari è la perdita della cura di sé da parte dei detenuti, che è il primo segnale e rischia poi di aumentare il loro disagio. Dobbiamo trovare nella normativa vigente e nel modus operandi degli operatori penitenziari una risposta per poter consentire di ridurre gli effetti della perdita della cura di sé e consentire una riduzione del disagio psichico. Dobbiamo parlare soprattutto di qualità della relazione e interazione con la persona. Dal punto di vista della normativa abbiamo tutti gli spazi possibili per effettuare tutto questo, ma il sistema penitenziario è in continua evoluzione. In materia sanitaria l'avvento del DPCM del 1 Aprile 2008 e sicuramente anche il passaggio dalla medicina penitenziaria al sistema sanitario nazionale ha comportato un grosso cambiamento che non deve condurre a una perdita di valori sul piano della qualità e delle modalità delle relazioni con i detenuti. Se prima potevamo essere troppo autoreferenziali, ora questa variabile ci deve condurre ad aprirci sul piano della comunicazione, condivisione e socializzazione delle procedure e metodologie che influiscono sulla qualità relazionale dei detenuti. Mi riferisco soprattutto alla necessità di impostare il lavoro cercando di trovare ogni occasione di confronto e operazioni congiunte tra operatori. Ma dobbiamo anche invertire l'ottica, non basta fare un'operazione di *problem solving*, non dobbiamo chiederci solo il perché di un disagio e risolverlo nell'immediato, ma dobbiamo vedere il problema in un'ottica più allargata, di *problem setting*, cioè arrivare a definire come si svolgono le relazioni umane. Guardare le modalità ci conduce soprattutto a un rafforzamento della rete degli operatori che ci porta verso l'integrazione, a svolgere interventi unitari. Dal punto di vista pratico e concreto tutto questo l'abbiamo già affrontato nel passato con programmi condivisi e oggi ci sono molti protocolli sulla prevenzione delle condotte suicidarie e autolesive, e in queste cornici nazionali e anche a livello locale possiamo continuare questo percorso.

CLAUDIA CLEMENTI

Noi lavoriamo insieme agli operatori sanitari tutti giorni, abbiamo un servizio sanitario molto presente perché abbiamo una guardia medica che lavora h 24,

abbiamo molti specialisti, abbiamo un reparto psichiatrico che è operativo tutti i giorni tranne il fine settimana e ci confrontiamo quotidianamente sui singoli casi. Ci sono molte équipe multidisciplinari che prevedono la partecipazione sanitaria: l'area delle tossicodipendenze, il reparto dei nuovi giunti, e c'è partecipazione e confronto con gli operatori sanitari. Nel momento in cui si passa dall'operatività al mondo delle idee però ci perdiamo un po'. A Bologna noi abbiamo una serie di protocolli sottoscritti con la ASL, c'è un protocollo regionale, un protocollo di carattere generale, un protocollo sulla prevenzione dei suicidi, quindi gli strumenti ci sono. Ma il problema è che abbiamo difficoltà a passare dal processo deduttivo a quello induttivo. In realtà questo meccanismo si inceppa, e questo l'abbiamo notato in occasione di un suicidio che si è verificato un po' di tempo fa. Abbiamo notato che c'è stato un passaggio in cui c'è stata un'assenza di comunicazione tra l'area trattamentale e la direzione sanitaria. Bisognerebbe fare chiarezza sui ruoli e le competenze dei professionisti. L'esperienza della quotidianità è comunque fruttuosa. Il progetto MEDICS ha delle proposte: la formazione congiunta, dedicare dei fondi in maniera specifica a questi progetti, la supervisione degli operatori. Queste sono le esigenze che sono venute fuori dagli operatori. Abbiamo deciso di fare un progetto che si chiama "CreativaMente" perché a Bologna stiamo sperimentando molte iniziative di espressioni artistiche e abbiamo scoperto quasi una vocazione della struttura. Per questo motivo abbiamo deciso di lavorare da un lato con gli uomini all'abbellimento della struttura. Bologna è una struttura tenuta molto bene, ma bisogna abbellirla un po'. D'altra parte, con le donne abbiamo deciso di lavorare alla produzione di gioielli. All'attuale reparto di sartoria è stato associato anche quest'altro percorso.

ROBERTO DI CATERINO

Il disagio mentale è un aspetto importante della quotidianità. Il problema però è che quando arriviamo al fine settimana, scatta l'ora X, e il personale sanitario non c'è. Il carcere non è una piazzola di sosta dove si può parcheggiare per un attimo la follia e poi ripartire. La vita continua con i suoi ritmi decisi anche il fine settimana, non ci possiamo fermare. Questa è una cosa importante. I disagi che vengono comunicati agli operatori, allo psichiatra, al medico non accadono solo tutti i giorni ma più di una volta al giorno. Questa è la difficoltà, ed è anche la bravura della polizia penitenziaria, il saper leggere uno sguardo, capire i detenuti. Riporto un

episodio: viene comunicato a un detenuto che sta per perdere un piede, lui ritorna in cella e dice al suo compagno che non ha più senso per lui rimanere in vita. Era un sabato e non c'era nessuno psichiatra, così sono intervenuto io e ho disposto una sorveglianza a vista, ed è stato l'unico rimedio che ho potuto trovare per portare il detenuto da un momento di totale sconforto a una speranza.

GIOVANNI BATTISTA ALBEROTANZA

In questo intervento si è parlato della promozione della figura del peer supporter per la gestione del disagio mentale. Si rilevano problemi di approccio e condivisione delle responsabilità anche con la Magistratura. Il protocollo è ora una forma di garanzia per rappresentare ai magistrati le necessità degli istituti penitenziari. Responsabilizzazione e condivisione delle responsabilità gestite dai capi area sono altri due argomenti presi in considerazione. Si sottolinea l'importanza della sezione Nuovi Giunti e la necessità di renderla più accogliente, insieme con il miglioramento dell'intero ambiente, fondamentale per ridurre l'impatto in uno dei contesti dove si percepisce un forte disagio. Dalle esperienze sul campo, con soggetti molto difficili, si palesa la inutilità della sorveglianza a vista ed emerge che ci sarebbe bisogno di agenti autorevoli piuttosto che autoritari. L'intervento si conclude affrontando la suddivisione dei detenuti in base ai reati con i diversi livelli di attenzione, e con l'affermazione che i dirigenti sanitari sono d'aiuto per avere un quadro diagnostico utile per la gestione dei detenuti e per elaborare nuove tipologie d'approccio.

MARCO BONFIGLIOLI

È d'accordo sul fatto che il disagio psichico va curato non punito. Per parlare di disagio psichico bisogna partire dalle carceri stesse: fa l'esempio del piano terra delle carceri di Bologna che lo scorso anno ha visitato spessissimo, quasi ogni giorno, per cui gli agenti non si sono sentiti abbandonati ma hanno avuto esperienza di un lavoro di gruppo e di un forte senso di appartenenza. La condivisione è dunque fondamentale, mentre invece risulta nociva la burocratizzazione del ruolo. Partendo dalla convinzione che il disagio psichico sia dovuto al disagio del sistema organizzativo, ovvero che la sofferenza produce sofferenza, introduce il discorso sulla rivoluzione normale della sorveglianza dinamica, che si configura come la necessità di rintracciare un filo di continuità tra il periodo iniziale, che va dal 2012 al 2015, e il periodo presente per evitare un

implosione del sistema in sofferenza. È necessaria una tappa conclusiva senza la quale l'emergenza del disagio continuerà ad essere ancora più forte. Infatti, se il numero dei detenuti è diminuito rispetto al 2010/2011, non c'è stata una diminuzione degli eventi critici, piuttosto in proporzione sembrano essere aumentati. Fa riferimento, al discorso di Nunez Hortas, specificamente alla sua convinzione che il sistema che non genera speranza è inefficace. Altri elementi per lui fondamentali sono l'accoglienza e la creazione di strutture nelle quali il disagio possa essere alleviato, ed il superamento della sorveglianza a vista. Infine parla di una necessaria collaborazione tra le ASL e l'Amministrazione, entrambe devono compiere un salto culturale per una maggiore comprensione partendo da una messa in discussione del proprio operato.

DOMENICO MINERVINI

Affronta la questione dell'assenza dell'ASL di Torino dal punto di vista della sua esperienza di Direttore del carcere di Torino da due anni. Al suo arrivo ha trovato l'istituto in una situazione piuttosto difficile: c'era stata un sparatoria con la morte di due agenti e occorreva ricostruire le relazioni umane, in particolar modo quelle con la ASL poiché si riscontrava un atteggiamento di prevaricazione da parte dell'Amministrazione penitenziaria. In questa sede si è parlato molto del cambiamento culturale ma a livello locale tale cambiamento non è stato completato. E' necessario un riconoscimento del ruolo della ASL all'interno dell'istituto ma soprattutto occorre comprendere che l'approccio del Ministero della salute è diverso, pertanto occorre trovare una linea comune. Nel suo primo periodo da Direttore, ha cercato di instaurare un dialogo con la ASL, cercando di superare l'idea un po' datata che l'Amministrazione penitenziaria debba detenere il primato in carcere. La collaborazione per essere proficua deve essere paritaria, e il cambiamento culturale deve interessare tutti i vari livelli dell'Amministrazione penitenziaria.

PAOLA MONTESANTI

Si sofferma sulla richiesta di disponibilità di presa in carico da parte dell'istituto che riceve un detenuto trasferito per motivi di salute, metodologia nata dall'applicazione della riforma e che però è stata adottata solo per i detenuti appartenenti ai circuiti di media sicurezza e non per i detenuti appartenenti ai circuiti di alta sicurezza, 41-

bis e collaboratori di giustizia. Accade pertanto che i detenuti vengano trasferiti senza informare l'istituto che riceve e senza chiedere all'Asl competente la disponibilità alla presa in carico e conseguentemente la disponibilità di affrontare i costi per le cure e le terapie. Mentre per la media sicurezza è stato possibile monitorare i singoli trasferimenti e dunque notare un decremento annuale del numero di questi, per l'alta sicurezza non è stato possibile fare lo stesso.

GIUSEPPA IRRERA

Si sofferma sulla situazione della regione Sicilia, attualmente in un momento delicatissimo della sua storia penitenziaria in quanto sta realizzando il dialogo con l'ASL ed il decreto per il transito della Sanità penitenziaria è in vigore solo dal 5 Febbraio 2016, pertanto si sta tentando con molta fatica di costruire un approccio omogeneo in tutte le nuove province. Il disagio mentale in Sicilia è molto sentito ed ha visto un aumento dovuto anche al cambiamento dell'utenza del sistema penitenziario siciliano. Pertanto è necessario instaurare delle relazioni con l'ASL perché le sole risorse dell'Amministrazione penitenziaria non sono sufficienti. Si sofferma poi sul senso di sconfitta che caratterizza il lavoro dell'operatore penitenziario che si scontra con il disturbo psichico, anche in questo caso la collaborazione con l'ASL risulterebbe positiva.

GIUSEPPE RIZZO

Il Progetto ha permesso all'Istituto del Carcere Pagliarelli, di cui è direttore, di soffermarsi su delle prassi operative che già utilizzavano senza rendersene conto. In questo momento l'Istituto è agevolato nella transizione della medicina penitenziaria in quanto collabora con medici che conosce, pertanto la collaborazione risulta proficua. Quando nel 2011, nel mese di Agosto, vennero trasferiti 30 pazienti psichiatrici dall'Opg di Barcellona, ci si trovò a doversi confrontare quotidianamente con tutti gli operatori appartenenti a tutte le aree, mettendo in atto dei metodi operativi che poi sono stati riproposti nel progetto. Tale metodologia fu utile anche nel 2013 nella scelta dei detenuti quando si cominciò a parlare della sorveglianza dinamica. Va sottolineato inoltre che tutti gli operatori necessitano di una formazione che deve avere come unico obiettivo la tutela della salute del detenuto.

FABRIZIO SCALICI

Il punto principale deve essere la formazione soprattutto per i medici, per gli infermieri e per il personale di Polizia penitenziaria. L'istituto Pagliarelli è stato un ottimo esempio di perfetta collaborazione tra l'Amministrazione penitenziaria e quella sanitaria, è stata però questa un tipo di formazione avvenuta sul campo ed è giunta l'ora che si dia alla formazione un taglio più teorico e completo. Il confronto fra le due amministrazioni è fondamentale affinché cambi il modo di pensare.

Sessione V

La formazione integrata

MAGDALENA KRYSTYNA CHOJNACKA

Parla dell'esperienza nella formazione di psicologi, operatori sanitari e penitenziari. Nel loro Training Center EPTA si terrà una conferenza dedicata ai detenuti con disturbi psichici e fisici. Per quanto riguarda la Polonia, vi sono 74 unità per detenuti con disturbo psichico, 22 per detenuti con disturbo non psichico, 33 unità per detenuti con dipendenza da alcool, 15 unità per detenuti con dipendenza da droghe e 7 unità per detenuti con disturbi sessuali. I risultati del progetto MEDICS potrebbero essere di grande utilità per gli altri Paesi europei. Nonostante ci siano delle differenze sostanziali tra i sistemi penitenziari dei diversi Paesi, è indubbio che la collaborazione possa essere vitale per un miglioramento. Nella primavera del 2017 si terrà un seminario durante il quale verranno condivise le esperienze di diversi Paesi europei sempre nel campo dei disturbi psichici e fisici, soffermandosi in modo particolare sulla formazione e sui diversi approcci e metodologie. Come approcciare detenuti con problemi psichici è un problema comune a tutti i Paesi europei, pertanto la Polonia è aperta alla condivisione di esperienze di formazione.

MARIA DI PALMA E VERONICA TAGLIACARNE

Il gruppo di Bologna ha colto con entusiasmo l'opportunità di partecipare poiché da pochi giorni l'Istituto di Parma ospitava, a seguito della chiusura dell'OPG di Sollicciano, delle detenute con problemi psichici, e la Direzione in tutte le sue componenti ha da subito condiviso l'idea di formare un gruppo di lavoro composto da operatori di Polizia penitenziaria appartenenti a diverse unità operative, in modo

che ciascun operatore potesse contribuire con la propria esperienza e le competenze acquisite. La realtà della Sanità emiliano-romagnola vanta una consolidata esperienza. Il momento di lavoro del gruppo è stata un'occasione per riflettere e per proporre nuove integrazioni al protocollo già esistente. Sono sorte dunque nuove proposte, quali l'esigenza di investire nella formazione, l'introduzione di un supervisore che possa coadiuvare il lavoro e, in particolar modo, la codificazione delle modalità operative. La custodia e la gestione del detenuto non può prescindere dall'intervento trattamentale. Fino ad ora si è parlato del benessere del detenuto e della sua sanità mentale ma non del benessere dell'operatore penitenziario. Pertanto completando la frase di Horta "un sistema deve generare speranza", un sistema genera speranza se l'operatore penitenziario lavora in una condizione di benessere. Per quanto concerne l'esperienza bolognese nell'area comportamentale su 742 detenuti ci sono 4 educatori che lavorano con un carico di 170 casi a testa, numero di gran lunga superiore a quello consentito. Viene lanciato un appello, richiedendo un investimento sulla formazione del capitale umano a disposizione. Un investimento non rappresenta una perdita di soldi ma crea produttività, un investimento che restituisce i suoi frutti.

ALFREDO DE RISIO

Partendo dalle critiche sollevate dall'intervento precedente, commenta le criticità, emerse dal Forum della pubblica amministrazione, riguardo al pubblico impiego ovvero al suo invecchiamento progressivo. L'età media degli impiegati pubblici in Italia è di 50 anni mentre in paesi con tradizioni burocratiche più autorevoli delle nostre come la Francia l'età media è molto più bassa (dai 37 ai 40 anni). Nell'intervento precedente la collega parla di carico di detenuti per operatore che supera di gran lunga il numero consentito, ma ha avuto l'eleganza di non menzionare il reddito economico di tali operatori, condizione che risulta piuttosto critica rispetto agli altri Paesi europei che assumono giovani laureati, i quali rinnovano le amministrazioni e che vengono pagati adeguatamente in primo luogo perché ne viene riconosciuta l'autorevolezza e poi perché rappresentano lo Stato e devono esserne gratificati.