



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

ME.D.I.C.S.



Mentally Disturbed Inmates
Care and Support



Ministero della Giustizia
DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
Nucleo Progetti FSE

VISITA DI STUDIO E WORKSHOP A ZAGABRIA (CROAZIA), 29 FEBBRAIO – 3 MARZO 2016

1 marzo 2016 – Visita presso l'Ospedale Penitenziario di Zagabria

Partecipanti all'incontro presso l'Ospedale Penitenziario: delegazione MEDICS (si veda lista completa in calce al presente report), Direttore Scuola Formazione Zagabria, Direttrice Ospedale Penitenziario, Vicedirettore Ospedale Penitenziario, Ms. Lorena Nadrčić, Educatore professionale c/o Amministrazione penitenziaria centrale; Ms. Martina Baric, esperta, Amministrazione penitenziaria Centrale

La Direttrice specifica che la struttura dell'Amministrazione Penitenziaria della Croazia è centralizzata, e non vi sono livelli intermedi fra il Quartier Generale e le strutture locali.

Il personale medico della struttura è dipendente dal Ministero della Giustizia e non dalla Sanità. Tuttavia, ha le medesime funzioni e lo stesso status dei medici dipendenti dal ministero della sanità.

Il tipo di popolazione presente in questo ospedale è costituito sia da detenuti che vengono inviati qui da altri istituti per curarsi per alcuni tipi di patologie, sia da detenuti che sono inviati direttamente dal giudice a causa di una patologia psichiatrica importante.

Dal 1962 si è cominciato a curare detenuti affetti da PTSD in seguito ai traumi della II Guerra Mondiale.

Attualmente ci sono 126 pazienti.

I reparti sono psichiatria forense (accoglie i detenuti inviati dal giudice per curare una patologia psichiatrica riscontrata con perizia apposita), psichiatria, medicina interna, chirurgia, pneumologia.

La direttrice, specializzata in anesthesiologia, presta servizio presso questo ospedale da 31 anni, prima come medico e poi come Direttore.

Presentazione dei partecipanti e del progetto MEDICS da parte della dr.ssa Russo (Healthy City).

Il dr. Starnini chiede se anche in Croazia esiste la differenza tra detenuti ed internati. Il dr. Bonfiglioli spiega la differenza nel sistema italiano.

La direttrice risponde che se il detenuto non è capace di intendere e di volere (in seguito a perizia psichiatrica) si fa una diagnosi, su richiesta del giudice. Prima del processo l'imputato si trova in questa struttura. Dopo la fine del processo, se c'è la dichiarazione di incapacità di intendere e volere, il giudice invia il soggetto in una struttura civile, non più della giustizia. Ne esistono 4 in tutta la Croazia. Lì rimangono almeno per 6 mesi.



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia



National Offender
Management Service

Domanda: se un detenuto, durante la reclusione, manifesta problemi di salute mentale, viene mandato in questa struttura?

Risposta: sì, qui si effettua una diagnosi ed un'osservazione. Al termine dell'osservazione, il detenuto rimane in questa struttura o è inviato in un ospedale civile se qui non può essere curato. In Croazia esistono ancora gli ospedali psichiatrici civili. I detenuti possono anche essere mandati in altri carceri per essere curati dal punto di vista psichiatrico. Ogni anno la diagnosi deve essere riveduta e rinnovata dal giudice e dai medici.

Domanda dr. Starnini: ci sono detenuti con disturbi psichiatrici gravi? Risposta: sì.

Domanda: cosa avviene di coloro che hanno disturbo di personalità?

Risposta: per coloro con diagnosi gravi, se il loro stato migliora vanno in altre strutture con assistenza psichiatrica. Il servizio psichiatrico è assicurato da psichiatri sia del Ministero della Giustizia sia del Ministero della Sanità.

La tossicodipendenza è seguita dalla psichiatria anche tramite gruppi con la partecipazione di psicologi e di educatori professionali.

Numero di operatori presenti: 135, di cui

50 polizia penitenziaria

18 medici, di cui 4 psichiatri

25 infermieri

10 operatori della risocializzazione

Altri tecnici ed amministrativi

Lavorano su turni

Tutti i medici sono presenti al mattino. A turno, uno alla volta assicurano le 24 ore di servizio medico. Vi è carenza di psichiatri.

Attualmente sono presenti 126 pazienti, di cui

40 psichiatria forense

35 psichiatria

22 chirurgia

22 medicina interna

22 pneumologia

Domanda: Vengono presi in carico in questa struttura anche gli autori di reato sessuale? Rientrano nelle patologie mentali?

Risposta: dal 2005 si lavora con i sex offender. Fra loro vi sono diagnosi di psichiatria, ma non per tutti.

Annotazioni durante la visita della struttura e colloqui vari con operatori e medici

Gli psicologi sono dipendenti del Ministero della Giustizia e sono inseriti nel personale di trattamento.

Si fa uso di mezzi di contenzione (detenuti con catena in attesa di colloqui su una panchina...)

Dal colloquio con una delle psichiatre emerge che per quanto riguarda la presa in carico di patologie psichiatriche pesanti, è in uso un foglio unico con le indicazioni molto precise relative alle terapie: elenco degli psicofarmaci

prescritti, orario di distribuzione, firma dei medici prescriventi, nome e firma dell'infermiere che somministra la terapia con indicazione dell'orario di somministrazione.

Un foglio unico simile non esiste in Italia.

Quanto alla cartella clinica, non è informatizzata, ma è composta di documenti conservati anche in file in formato elettronico. È molto ordinata e non presenta fogli spillati in ordine sparso come in Italia.

Altro elemento da sottolineare è il piano di intervento che i medici devono seguire.

Fra i tipi di patologie o disturbi, il 40% presenta disturbi di personalità, in particolare borderline. Fra i 10 e 20 hanno una doppia diagnosi. Poi ci sono dei bipolari, ed il 20% hanno psicosi.

Visite dei familiari: le visite si svolgono ogni 2 settimane ed in generale hanno un effetto molto positivo sui pazienti. La durata di esse dipende anche dallo stato d'animo del paziente. La decide il Direttore medico con l'équipe. Se il detenuto rispetta le regole di comportamento dell'istituto, la durata può essere aumentata.

Quanto alla presa in carico, vi è un piano terapeutico individualizzato per ogni paziente.

Le sezioni dispongono ciascuna di una sala ricreativa.

1 marzo 2016 – Visita al carcere di Zagabria

Partecipanti alla visita del carcere di Zagabria: delegazione MEDICS (si veda lista completa in calce al presente report), Direttore Scuola Formazione Zagabria, Direttore carcere, responsabile area trattamentale carcere, Ms. Lorena Nadrčić, Educatore professionale c/o Amministrazione penitenziaria centrale; Ms. Martina Baric, Amministrazione penitenziaria Centrale.

La popolazione penitenziaria del carcere di Zagabria è costituita da circa 650 detenuti. Vi sono anche 20 donne in un'apposita sezione femminile e 2-3 minorenni. In ogni sezione vi sono da 50 a 100 detenuti.

Lo spazio a disposizione è pari a 4 mq a persona esclusa la toilette interna. Le docce sono tutte al di fuori delle celle, e l'accesso ad esse si effettua ogni giorno in estate ed una volta alla settimana o al bisogno negli altri periodi dell'anno.

Gli infermieri si recano nelle sezioni per tre volte al giorno, mentre la visita dei detenuti ammalati avviene in infermeria. Anche il detenuto al primo ingresso è visitato in infermeria.

I detenuti mangiano in cella il cibo cucinato dalla cucina centrale. Non possono cucinare, ma i condannati hanno un bollitore elettrico per bevande calde. La cucina centrale ha una dotazione di personale di 8 cuochi civili e 12/14 detenuti, tutti dipendenti dal Ministero della Giustizia. I menù approntati sono diversi, secondo varie esigenze sanitarie ed anche religiose: allergici, diabetici, vegetariani, musulmani. Vi sono 48 Islamici cui è permesso di rispettare il Ramadan anche relativamente all'orario di consumazione dei pasti.

Possono usufruire del sopravvitto per un limite giornaliero di 150 Kune croate (circa 20 €).

Nella sezione femminile non c'è lo specialista ginecologo.

100 detenuti su 650 sono ammessi al lavoro, di tipo interno (domestico) ma anche all'esterno. Il salario è 50 centesimi all'ora, ¼ della paga resta al detenuto, mentre i rimanenti ¾ vanno al carcere.

Servizi sanitari: presso l'infermeria c'è anche un gabinetto dentistico. Il medico effettua analisi di base, in particolare si effettuano analisi del sangue per sospetti di tossicodipendenza. Il lavoro svolto dal sanitario coi detenuti riguarda solo interventi di base, come quelli del medico di famiglia, solo cure primarie.

Domanda: lo psicologo parla con tutti i detenuti o soltanto con chi chiede un colloquio?

Il colloquio con lo psicologo non è obbligatorio.

Vi sono 3 medici di base, 1 solo psichiatra e 2 dentisti. Gli infermieri sono 15, che lavorano tra le 7 del mattino e le 21. Sono tutti dipendenti del Ministero della Giustizia. Lo psichiatra lavora con un contratto part-time e temporaneo (30-40 ore al mese). Lo psichiatra incontrato lamenta un carico enorme di lavoro, che non consente altro che la prescrizione di farmaci, tanto che si sta pensando ad affidare tale prescrizione ad una commissione esterna, per sollevare lo specialista dalla pressione operata dal detenuto per farsi prescrivere psicofarmaci. Vi sono 10-15 psicotici, 300 disturbi di personalità, 300 disturbi

dell'adattamento oltre a 150 detenuti con dipendenze varie. Il 55-60 % dei pazienti assume psicofarmaci.

Domanda: se arriva in infermeria un paziente agitato o tossicodipendente in crisi, cosa avviene? Risposta: se accade fra le 7 e le 21, il personale di Polizia penitenziaria lo porta in infermeria dove si cerca di gestire l'emergenza. Altrimenti si porta all'ospedale penitenziario di Zagabria. Se è in pericolo di vita si chiama un'ambulanza per il ricovero altrove.

Visita all'impianto sportivo: qui vengono svolte numerose attività sportive, anche per il personale. L'intervento dei volontari nell'istituto, a parere della responsabile dell'area trattamentale, non è così decisivo, perché le attività che essi svolgono non sono significative.

Incontro di chiusura nella sala da pranzo con proiezione di *slides* sul sistema penitenziario croato in generale e sul carcere appena visitato in particolare.

Spiegazione della suddivisione degli istituti croati in "*prisons*" e "*penitentiaries*", con i primi destinati alla custodia cautelare ed i secondi ad ospitare condannati a pene lunghe, comunque superiori a 6 mesi, nonché coloro che sono oggetto di una misura di sicurezza, cioè devono seguire un programma specifico per alcolisti o tossicodipendenti o un programma di trattamento obbligatorio psichiatrico.

Spiegazione del sistema giudiziario e di condanna che prevede che il giudice di cognizione ordini in sentenza al detenuto di seguire specifici programmi di trattamento, di durata massima di tre anni, fra cui si indicano le già citate misure di trattamento obbligatorio per tossicodipendenza, trattamento obbligatorio per alcol dipendenza, trattamento obbligatorio psicosociale e trattamento obbligatorio psichiatrico.

Nell'istituto di Zagabria esistono anche programmi specifici per affrontare il PTSD (Disturbo da stress post-traumatico), i reati stradali, i reati violenti, i reati sessuali, nonché per acquisire una genitorialità responsabile.

2 marzo 2016 – Visita al carcere di Lepoglava (istituto per l'esecuzione delle condanne)

Presenti all'incontro in sala riunioni: delegazione MEDICS (si veda lista completa in calce al presente report), Direttore Scuola Formazione Zagabria, Direttore carcere, vicedirettore carcere, esperto area trattamentale carcere, Ms Lorena Nadrčić, Educatore professionale c/o Amministrazione penitenziaria centrale.

Il carcere di Lepoglava fu fondato nel 1854, in un antico monastero. Fu successivamente ampliato, ed in questo istituto in passato furono detenuti i Presidenti Tito e Tudjman.

Dal 1954 sono stati avviati progetti di trattamento riabilitativo per i detenuti basati soprattutto sul lavoro.

Fra il 1908 ed il 1914 fu costruita la parte a stella sul modello irlandese (Irish Progressive System).

Il sistema prevede la sistemazione in cella da soli, poi in gruppo, poi l'accesso alla sezione della semilibertà.

Dal 1945 è stata avviata la lavorazione della falegnameria con la costruzione di mobili che sono venduti ancora oggi anche all'esterno.

Questo è un istituto chiuso, ma al di fuori di Lepoglava, dipendenti da esso, ci sono 3 strutture semiaperte ed una aperta.

Ospitiamo circa 500 detenuti. La durata media della pena è di 15 anni. I detenuti hanno condanne definitive da 6 mesi in su. Ne abbiamo 15 con pena di 40 anni (massima condanna in Croazia). Nel 2003 è stata ristrutturata la parte a stella ed oggi è a norma con gli standard europei.

Fino a 5-10 anni fa, il sovraffollamento era a livelli del 150%. Oggi invece abbiamo 40 posti liberi. Quasi tutti i detenuti, negli anni passati, hanno presentato denuncia alla Corte Europea dei Diritti Umani per la mancanza di adeguato spazio detentivo.

In questo carcere il tempo della detenzione è stato articolato cosicché i detenuti non debbano rimanere in cella, ma siano impegnati in diverse attività durante tutta la giornata. Lavora il 90% dei detenuti che chiedono di lavorare e che sono in grado di farlo. Vi è una formazione professionale molto differenziata con molti indirizzi e corsi di istruzione che rilasciano diplomi validi all'esterno: scuola superiore, corsi di lingue, informatica, ecc. Si tengono anche corsi specifici per lavorare all'interno dell'istituto: ad es. c'è un corso di apicoltura per la produzione di miele. Oggi 3 detenuti scarcerati fanno gli apicoltori.

Altri corsi riguardano il settore alberghiero (l'istituto gestisce un ristorante aperto al pubblico) cioè aiuto cuoco ed aiuto cameriere; operatore PC; agricoltura biologica; frutticoltura; ecc. Accade anche che persone detenute in altri istituti vengano in questo carcere temporaneamente per seguire specifici corsi di formazione che non esistono nel luogo in cui sono detenuti.

Nel 2015 l'istituto ha ricavato 1.500.000 € dalle proprie attività lavorative e produttive. Il ricavo netto è stato di 200.000 €. Il denaro rimane all'interno dell'istituto e viene reinvestito per miglioramenti della produzione della struttura in generale. Ovviamente il Direttore non ha totale autonomia nella decisione

sugli investimenti, ma tutto viene coordinato dall'Amministrazione centrale. Le lavorazioni e le produzioni consentono all'istituto di autogestirsi dal punto di vista alimentare e dei consumi. I detenuti guadagnano circa 100 € al mese, di cui rimane loro il 25%.

Il numero di eventi critici è notevolmente diminuito rispetto al numero di detenuti presenti. L'ultimo suicidio è avvenuto 11 anni fa. Comunque, per ogni detenuto è redatto un piano di prevenzione del rischio di suicidio.

Nelle strutture semiaperte ed aperte si coltiva la terra (80 ettari) e si allevano animali. È praticata anche l'orticoltura. Si allevano pecore e maiali da carne. C'è una notevole produzione di vino (30.000 litri).

Ci sono anche 420 ettari di coltivazioni boschive da cui si ricava il legname per la produzione di mobili e per il riscaldamento. Vi è un laboratorio di metallurgia, il laboratorio di falegnameria per la produzione di mobili, che però è in rapida diminuzione, per i costi e per le tipologie di articoli, che mettono i prodotti un po' al di fuori dell'attuale mercato.

Una notevole percentuale del fatturato (40%) proviene dal ristorante, che è aperto al pubblico e nel quale lavorano i detenuti come aiuto cuoco, aiuto cameriere. Un altro 30% proviene dalle attività agricole.

Vi è un laboratorio artigianale di costruzione di scacchiere artistiche in legno. Questa è un'attività che fanno i detenuti nel tempo libero; possono vendere le scacchiere per conto loro se acquistano da sé il materiale che usano per costruirle.

È previsto un sistema graduale per cui i detenuti vengono assegnati via via a regimi meno chiusi.

Nell'istituto c'è libertà di culto. C'è una grande cappella cattolica, ma ci sono ad esempio anche 30 Islamici (di cui solo 5 praticano assiduamente). Ogni culto ha il suo spazio dedicato.

Personale:

totale di 407 operatori

metà di questi sono di polizia penitenziaria

area 7 tratta mentale

area sanitaria

area lavoro detenuti

Si registrano almeno 20 traduzioni al giorno dall'istituto verso ospedali e /o tribunali in tutta la Croazia.

C'è un medico di base ed un dentista, più 2 medici che vengono dall'esterno.

Se accade un problema medico di notte si chiamano i soccorsi dall'esterno.

Il servizio psichiatrico è particolarmente carente. Il trattamento psichiatrico è fornito all'esterno, nell'ospedale penitenziario di Zagabria.

Circa 200 detenuti al mese sono portati in visita all'esterno.

Nel 2015 sono state effettuate 14.000 visite interne.

Vi è stato in passato un problema relativo all'ingresso illecito di sostanze stupefacenti, che è stato stroncato nel 2005. Oggi solo il 4% dei detenuti è positivo ai test di rilevazione delle sostanze, comprese le benzodiazepine.

In precedenza, il 40% usava la terapia farmacologica prescritta per altri. Anche a Lepoglava, la presa in carico psichiatrica è di tipo esclusivamente farmacologico.

Qui riceviamo persone che prima passano dal centro diagnostico. Domanda: vi arrivano anche persone deboli o malate o vi mandano soltanto chi è abile al lavoro? Risposta: Qui ci sono recidivi e persone con pene lunghe, il criterio di assegnazione è solo questo, non ci si basa sullo stato di salute per l'assegnazione.

Il servizio sanitario locale in genere risponde alle chiamate di emergenza, ma se l'ambulanza tarda ad arrivare è la polizia penitenziaria che trasporta il detenuto all'ospedale.

Esperto dell'area trattamento:

nel 1965 si iniziò il primo programma di trattamento per alcolisti. Negli anni '70 si avviò quello per tossicodipendenti. Negli anni '90 fu inserito anche un programma specifico di gestione del PTSD per coloro che avevano fatto la guerra.

Esiste inoltre un programma di trattamento per i delinquenti sessuali ed uno per gli autori di reati violenti.

Si tratta di programmi previsti dalla legge attuale, vengono ordinati dal giudice come misura da eseguire durante la pena detentiva.

I detenuti arrivano a Lepoglava dopo essere passati per il centro diagnostico, col loro fascicolo che indica che tipo di detenuti sono. All'inizio entrano nel reparto di ingresso, dove restano per un periodo fino a 30 giorni. Mentre sono in questo reparto si elabora il piano di trattamento, da parte di un team che comprende psicologo, assistente sociale, educatore e polizia. Questo programma definisce anche l'uso del tempo libero e delle attività che il detenuto deve seguire.

Trascorsi i 30 giorni, il detenuto è assegnato ad un gruppo che è seguito in particolare da un educatore. Ogni 6 mesi si effettua una revisione dei programmi di trattamento per le pene superiori a 5 anni. Per le condanne inferiori a 5 anni, tale revisione si effettua ogni 3 mesi. Gli esiti della revisione e l'andamento della condanna sono inviati al giudice.

Quanto agli operatori del trattamento, ne abbiamo 34, di cui 20 operano a diretto contatto coi detenuti.

Oltre al piano individuale di trattamento, molti detenuti seguono i programmi speciali ordinati dal giudice. Dal 2007 ci sono detenuti che devono seguire il trattamento psichiatrico obbligatorio, che si può fare anche al di fuori dell'istituto. Nei casi in cui al detenuto è prescritta una terapia farmacologica che viene rispettata, il detenuto non sta in un ospedale psichiatrico ma può venire in questo carcere per lavorare. Anche i detenuti psichiatrici qui possono lavorare, cosa che non possono fare invece quando sono in ospedale

penitenziario. In questo momento abbiamo 6 detenuti in trattamento psichiatrico obbligatorio.

Il trattamento psichiatrico obbligatorio si svolge in due fasi. In un primo tempo, gli psichiatri dell'Ospedale Penitenziario vengono in questo istituto per fare un lavoro di gruppo con i detenuti, partecipando al lavoro del team di trattamento. Stiamo attendendo l'arrivo di altri 30 detenuti con diagnosi psichiatrica pesante. Una volta terminato il lavoro di gruppo, lo psichiatra è riferimento per qualunque problema, ma dall'ospedale penitenziario, non più sul posto.

Ogni operatore del team ha voce in capitolo nella valutazione di questo tipo di detenuti. Sanno tutti che il rischio più elevato si presenta quando il detenuto interrompe la terapia farmacologica, quindi sono particolarmente allertati la polizia penitenziaria e coloro che somministrano i farmaci. In ogni caso il lavoro in équipe è cruciale.

Per svolgere il lavoro con questo tipo di detenuti, non è previsto un corso di formazione speciale, ma comunque il trattamento dei detenuti psichiatrici rientra nel corso di formazione ordinario della polizia penitenziaria.

Il problema principale che si riscontra nella gestione di questa categoria di detenuti è la carenza del servizio psichiatrico che non è costantemente presente. Lo psichiatra è contattato dal team di trattamento ogni volta che si cambia il programma e in caso di importanti modifiche nel comportamento del detenuto.

Se un detenuto non vuole partecipare alle attività, può rimanere in cella.

Annotazioni durante la visita della struttura di Lepoglava e colloqui vari con operatori e medici

Vi è un solo medico di base ed un dentista, entrambi dipendenti del ministero della Giustizia. Il turno di servizio è 7-15 o 15-23, mentre di notte non vi è servizio medico.

La ricetta per i farmaci è prescritta dal medico di famiglia del detenuto, il medico penitenziario non fa prescrizioni. Vi è un tecnico farmacologico che è in contatto coi medici esterni e custodisce i farmaci necessari per ogni detenuto.

In casi acuti, il medico penitenziario comunque può somministrare farmaci.

Visite mediche: se si tratta di un caso acuto, la polizia penitenziaria porta subito il detenuto in infermeria. Se invece è un caso ordinario, il detenuto deve fare la richiesta all'infermiere. Nel reparto c'è una cassetta nella quale il detenuto deposita la richiesta di visita, senza mediazione del personale di sicurezza.

Le schede di valutazione del rischio di suicidio non sono competenza del settore sanitario, ma del team di trattamento.

Il detenuto che fa il suo ingresso in istituto viene visitato entro le 24 ore dall'ingresso.

L'autolesionismo è recentemente molto basso.

Scuola di Formazione dell'Amministrazione Penitenziaria della Croazia, Zagabria

1° parte del III Workshop del Progetto MEDICS – 2 marzo 2016

Presenti: delegazione MEDICS (si veda lista completa in calce al presente report), Danko Bakic, Direttore Scuola Formazione Zagabria; Ms. Lorena Nadrčić, Educatore professionale c/o Amministrazione penitenziaria centrale, Ms. Vedrana Koceic, Office Manager, Ufficio Probation di Zagabria

Presentazione del sistema di Area Penale Esterna (Probation) della Croazia

Presentazione di slides (v.).

Il sistema della probation croato ha compiuto un lungo percorso in breve tempo. Ha registrato molti progressi, da un struttura con poche risorse e semi-sconosciuta ad un servizio pubblico ben strutturato e noto all'opinione pubblica.

Il sistema è stato avviato nel 2013, dopo che nel 2009 era stata approvata la legge di istituzione del servizio di probation, nel 2010 era stato assunto il personale e nel 2011 erano stati presi in carico i primi casi di probation.

Lo sviluppo del sistema ha ricevuto un impulso decisivo grazie allo svolgimento di progetti mirati nell'ambito dei programmi della UE denominati CARDS e IPA.

Il servizio di probation fa parte del sistema giustizia – Direzione Criminale e Probation

Si compone di 12 Uffici territoriali che coprono tutte le aree geografiche del Paese; vi lavorano 113 funzionari, di cui 91 nelle strutture locali e 16 nel Quartier Generale; in particolare, vi sono 62 assistenti sociali, con un carico di lavoro medio compreso fra 50 e 70 casi.

A settembre 2015, i casi attivi erano 3262, di cui 500 di liberazione condizionale, 2278 di lavori di pubblica utilità e 233 di sentenza sospesa con supervisione.

Obiettivo della I parte di questo workshop era acquisire informazioni sulle rispettive organizzazioni, cioè valutare ed analizzare l'impatto che la ricerca statistica ha avuto sui sistemi penitenziari. Si voleva riuscire a comprendere quanto le organizzazioni sono preparate ad affrontare il disagio mentale in carcere, cosa fanno in proposito e come lo hanno appreso. Inoltre, altre caratteristiche possono essere evidenziate a proposito delle diverse organizzazioni, e si possono proporre correzioni e modifiche ai sistemi per migliorarne l'efficienza e l'efficacia.

Dr. De Risio (vedi slides):

Saluta i presenti anche da parte del partner scientifico SIMSPE Onlus.

Presenta il progetto dal punto di vista dei risultati raggiunti con la somministrazione dei questionari. L'obiettivo del coinvolgimento di tutto il personale era rispondere a questa domanda: "Cosa non vedo io del carcere che gli altri vedono? E come lo vedono? Cosa vede l'operatore, che non è riportato nella cartella clinica?". Ciò allo scopo di riuscire a costruire un ponte per la persona detenuta con disagio mentale, che porti ad una condizione migliore per lei e per l'intero sistema.

Dr. Schiattone e dr. Bonfiglioli – la formazione integrata nel progetto MEDICS
Descrive brevemente il sistema formativo penitenziario italiano per i partner stranieri. Evidenzia i fattori critici della formazione integrata:

- Diffidenza del personale sanitario
- Problemi nelle relazioni interprofessionali (contrastati tra "saperi" di ambito diverso e di diversa provenienza)
- Disattenzione delle Direzioni

I fattori di successo, invece sono stati:

- Grande interesse sul tema da parte degli operatori soprattutto agenti ed educatori;
- Eterogeneità delle figure professionali coinvolte;
- Intervento dei referenti dei PRAP e facilitatori regionali della formazione

Possibili prospettive: costruire linee guida, protocolli per gestire i detenuti con disagio psichico.

Joan Potau, rappresentante Amministrazione Penitenziaria Catalogna.

Descrivendo i risultati della somministrazione dei questionari, emergono due punti interessanti a proposito dell'organizzazione catalana:

1. la riluttanza del personale di sicurezza a rispondere ai questionari, poiché li sentono come una sorta di strumento di giudizio nei loro confronti. Si rileva una compattezza del gruppo del personale di sicurezza che però porta ad una chiusura nei confronti di input "esterni" (come ad es. il questionario)
2. Non esiste un registro nazionale dei volontari penitenziari. Pertanto, non è stato possibile rintracciarne un gran numero, poiché non se ne hanno i riferimenti...¹

La partecipazione all'indagine delle altre categorie di personale è stata molto elevata (80%)

Sono state ricevute 174 risposte su 744 potenziali destinatari.

Solo il 13% della polizia penitenziaria ha risposto, mentre buone percentuali sono state ottenute dalle altre categorie di personale.

Delle persone che hanno risposto, il 62% ritiene che l'esperienza diretta sul campo sia importantissima per la conoscenza della materia, mentre il 38% pensa di avere già acquisito la conoscenza sulla materia tramite i corsi di formazione cui ha partecipato.

Interessante dato sul personale di sicurezza: l'80% ha percepito problemi prima che il detenuto manifestasse disagio ed ha riferito al capo servizio (63%) o al medico (33%). Detto personale è pessimista sul recupero dei detenuti. Solo il 5 % ritiene che il detenuto recupererà con il trattamento. Il 25% pensa che il detenuto potrebbe tornare in carcere, dopo la scarcerazione; il 70 % pensa che peggiorerà o che comunque il problema non si risolverà.

Fra i medici, una elevata percentuale pensa che il proprio intervento sia condizionato dal fatto che il personale sanitario non è adeguatamente formato.

Gli infermieri sono più ottimisti. L'82% pensa che l'intervento di psicoterapia di gruppo o individuale sarebbe l'intervento migliore. L'88% inoltre ritiene che non assumere i farmaci potrebbe danneggiare il paziente.

Il dr. Potau legge poi i dieci punti di conclusioni redatti dalla dr.ssa Humet Matilla, riservandosi di chiedere chiarimenti su alcuni di essi.

Scuola di Formazione dell'Amministrazione Penitenziaria della Croazia, Zagabria

2° parte del III Workshop del Progetto MEDICS – 3 marzo 2016

Presenti: delegazione MEDICS (si veda lista completa in calce al presente report), Danko Bakic, Direttore Scuola Formazione Zagabria, Ms. Lorena Nadrčić, Educatore professionale c/o Amministrazione penitenziaria centrale

Presentazione del sistema penitenziario (2° parte) da parte del dr. Danko Bakic, direttore della Scuola di Formazione dell'Amministrazione penitenziaria croata di Zagabria.

Report dr.ssa Andrea RUSSO, ONG "Zdravi Grad – Healthy City"

La ricerca scientifica di MEDICS in Croazia: all'inizio è stato problematico perché il governo croato non dava l'autorizzazione all'ingresso per la somministrazione dei questionari. Poi sono stati ammessi.

La dr.ssa Russo ritiene che il sistema penitenziario croato non sia ancora al livello di quello osservato in Catalogna, però è sulla buona strada. Forse è un sistema ancora un po' chiuso in sé.

In Croazia c'è ancora sovraffollamento, anche se la situazione è in via di rapido miglioramento ed alcuni istituti hanno posti liberi, soprattutto quelli con regime semiaperto ed aperto. Comunque il sovraffollamento non favorisce il recupero del disagio mentale, poiché il restare in spazi ristretti per buona parte della giornata (come avviene in alcune sezioni dell'ospedale penitenziario) non porta giovamento al detenuto affetto da problemi mentali.

Sicuramente un punto dolente è la scarsa presenza del servizio psichiatrico, se non nell'ospedale penitenziario centrale a Zagabria.

Occorre senz'altro incrementare la formazione e fornire agli operatori abilità in ulteriori settori del loro lavoro. Occorre poi migliorare le comunicazioni con la famiglia, perché spesso le carceri sono molto lontane dai luoghi di residenza dei detenuti. Magari si potrebbe pensare a visite più lunghe, o su più giorni consecutivi, per le quali il viaggio valga la pena per la famiglia.

Ritiene anche che il personale sia sotto stress perché ad un aumento progressivo dei diritti dei detenuti non corrisponde un correlativo aumento del benessere del personale. Ciò risulta piuttosto frustrante per lo staff.

Il dr. Starnini sottopone poi all'attenzione dei presenti una serie di domande e di punti su cui riflettere, che costituiscono da un lato i risultati dei due workshop transnazionali e dall'altro la base su cui costruire il documento finale per l'Europa in materia di gestione del disagio mentale in carcere. Invita tutti i partner a rispondere, auspicando un coinvolgimento diretto dell'Amministrazione penitenziaria croata, anche se non è partner ufficiale del progetto MEDICS.

Prosegue sottolineando che la formazione (integrata, sanità-penitenziario) è emersa come elemento chiave per una corretta presa in carico del disagio mentale in carcere.

Interviene la dr.ssa Lorena, che rileva che dai suoi colloqui con il personale emergono difficoltà del personale di polizia penitenziaria che non si sente adeguatamente considerato e valorizzato, poiché viene chiesto solo di eseguire gli ordini.

Anche il fatto che gli psichiatri prescrivano molti farmaci non è particolarmente gradito come soluzione al disagio dei detenuti.

A conclusione interviene il dr de Tiberiis.

La materia oggetto del progetto MEDICS è molto vasta, comprende aspetti giuridici, medici, organizzativi, culturali, psichici.

Abbiamo tutti due obiettivi da condividere:

1. avere un carcere in cui ci sia un clima sufficientemente sereno per tutti, detenuti e personale;
2. che il tempo della detenzione non diventi troppo traumatizzante cosicché il detenuto scarcerato non sarà peggiore di quando è entrato in istituto.

Quali strumenti usiamo?

Il primo riguarda gli spazi a disposizione, il tempo trascorso al di fuori e dentro le celle. Il secondo è più legato al disagio vero e proprio. Occorre lavorare su due livelli:

- a) Individuare il profilo socio-culturale;
- b) Individuare il profilo di personalità

Devono qui convergere non solo le conoscenze del sistema sanitario o del direttore o del sistema di sicurezza. Devono essere comprese da tutti gli operatori. Una volta che abbiamo il profilo di personalità possiamo superare il disturbo in senso prettamente medico.

Immaginiamo una serie di proposte per prendersi cura delle persone, con vari strumenti: coinvolgimento delle famiglie, psicoterapia e somministrazione di farmaci.

La grande richiesta di assistenza psichiatrica da parte dei detenuti è legata alla richiesta di psicofarmaci che alleviano l'angoscia della detenzione; l'angoscia, prima della reclusione, veniva affrontata con l'abuso di sostanze, con l'azione antisociale, con la violenza, col reato insomma.

Altro punto importante: non dobbiamo cadere nel tranello di voler essere un'amministrazione troppo comprensiva, troppo vicina al detenuto che lascia alla polizia penitenziaria tutto il lavoro "sporco", il lavoro di contrasto aperto al detenuto. Se la polizia penitenziaria percepisce che l'amministrazione si preoccupa più del detenuto che di loro, perderà fiducia e contrasterà le nostre iniziative.

ELENCO MEMBRI DELEGAZIONE PROGETTO ME.D.I.C.S.

- Dr. Giulio Starnini, coordinatore scientifico del Progetto, Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, DAP, Italia
- Dr. Domenico Schiattone, Dirigente, Direttore Ufficio Formazione per Dirigenti e Funzionari (già ISSP), Direzione Generale della Formazione, DAP, Italia
- Dr. Pierdomenico Pastina, Dirigente penitenziario, Nucleo progetti europei, DAP, Italia
- Dr. Marco Bonfiglioli, Dirigente, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria del Piemonte, Italia
- Dr. Andrea Beccarini, staff del progetto, Nucleo progetti europei e sezione rapporti internazionali, DAP, Italia
- Dr.ssa Antonella Dionisi, staff del progetto, Direzione Generale della Formazione, DAP, Italia
- Dr. Joan Potau, Servizio penitenziario Catalogna, Unità di supporto e coordinamento istituzionale, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya
- Dr. Alfredo De Risio, psicologo e psicoterapeuta, delegato SIMSPe Onlus (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria)
- Dr. Francesco Giovanni de Tiberiis, esperto, psichiatra presso la CC Regina Coeli, Roma
- Dr.ssa Andrea RUSSO, Presidente, ONG "Zdravi Grad – Healthy City" – Croazia

ⁱ *Integrazione della dottoressa Victoria Humet Matilla, sanità Penitenziaria della Catalogna, comunicata in data 4 maggio 2016: "Sul registro dei volontari negli istituti penitenziari catalani: esiste un registro di volontari in ogni carcere catalano. Cioè, esiste ma al momento dell'avvio dello studio non era stato aggiornato da molto tempo (la maggior parte dei volontari sono pensionati perciò alcuni di loro sono deceduti o il loro numero è stato ridotto per la riduzione del sostegno economico relativo). Inoltre, non vi sono risorse sufficienti disponibili per comunicare con essi, non frequentano il carcere quotidianamente e vedono i detenuti soltanto in determinate situazioni."*