

Prima riunione del Coordinamento Nazionale Rems – Bologna, Ospedale Maggiore, 18 maggio 2017, nell’ambito delle Giornate Scientifiche della SIEP.

N. 42 presenti

La riunione si apre alle ore 13,20

Introduce Roberto Mezzina (Dsm Trieste). Abbiamo lanciato con Pellegrini (Parma), Bonn (Udine) e Cassin (Pordenone) la proposta di costruire il coordinamento nazionale Rems, sulla base delle sollecitazioni ricevute dal Sen. Corleone e da StopOpg, in particolare dopo il convegno di gennaio a Trieste. Il coordinamento dovrebbe avere un carattere istituzionale, in quanto fatto da chi gestisce questi servizi e le loro contraddizioni, e deve rappresentarle con forza ai decisori politici. Attualmente sono pervenute 21 adesioni di Rems. Altre sono incerte o ricevute in relazione alla richiesta di audizione (per il ddl giustizia) alla Commissione giustizia della Camera.

Pur esistendovi una grande divaricazione di scelte strutturali (sedi, n. posti, aspetti di sicurezza etc), organizzative, e dei modelli terapeutici e gestionali, del tipo di rapporto con Magistratura, etc, i punti principali che emergono sono:

1) Completo superamento della visione carceraria (e del relativo regolamento):

-Minimizzare aspetti di controllo. Non possono essere assunti dal personale sanitario compiti di tipo custodiale e tanto meno di reclusione in quanto in contrasto con il mandato di cura e abilitazione. Occorre superare la qualifica di “internato” e la pratica che ne discende. Siamo assolutamente d’accordo con quanto ha scritto il Commissario Corleone nella sua relazione conclusiva.

-Verificare qualità di ambienti e cure e il rispetto dei diritti. Il riferimento è la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) in relazione a cui è stato pensato il WHO quality rights toolkit, che va bene per tutte le strutture psichiatriche.

2) Rapida uscita (indicatore durata media misura) dalle Rems:

Attuare pratiche di inclusione nel territorio e reintegrazione sociale: PTRI non “interni” alla Rems, ma proiezione all’esterno fin dall’inizio del programma di cura. L’ordinamento penitenziario dà tuttavia strumenti rigidi (ad es. la semilibertà). Un esempio è la confusione già segnalata sul regime dei “permessi” che permettono che il progetto terapeutico si svolga all’esterno in rapporto coi SSM territoriali e quindi di saggiare la capacità di re-inclusione sociale del reo.

3) Prassi psichiatrico forense e prassi giuridica:

-Siamo certamente d'accordo sul non uso delle Rems per misure di sicurezza provvisorie, che rappresentano un mero contenimento e una forma violenta di controllo.

-Misure definitive: sembra sostenibile che le persone con provvedimenti definitivi possano restare in Rems per anni in caso di reati gravi? Per quale finalità? O le misure di sicurezza devono invece configurarsi come misure di comunità cioè volte sempre all’inclusione sociale.

-Rivedere nella pratica il concetto di pericolosità sociale. La pericolosità non è un concetto sanitario in sé, anche perché non vi sono criteri obiettivi per valutarla dal punto di vista psichiatrico. Una serie di obbrobri giuridici discendono a cascata dalla c.d. “pericolosità sociale psichiatrica” che in quanto tale non è presente nel testo del c.p.

4) Prevenzione dell’invio in Rems:

-Occorre potenziare il lavoro dei servizi – risorse, presa in carico, progetti con budget di salute, e non solo residenze e comunità;

-Realizzare protocolli di collaborazione inter-istituzionale con magistratura – e loro diffusione e applicazione, valorizzazione della centralità dei PRTI.

-Servizi sanitari e di salute mentale in carcere: rafforzare la presenza del territorio e collegarli alle Rems.

5) Formazione:

-Diffondere le buone pratiche e i diversi modelli adatti ai diversi contesti. Scambi di esperienze e formazione congiunta, anche coi dsm e le magistrature, attraverso reti regionali o di macroregione.

-Il problema delle perizie (e dei periti) va affrontato.

6) Fare lobby sulle tematiche generali rappresentando il punto di vista istituzionale / gestionale ma su una sponda critica. Considerare anche proposte di legge su imputabilità, pericolosità e misure di sicurezza e/o su salute mentale in generale.

In relazione a tutto questo, le funzioni del Coordinamento, che resterebbe assolutamente informale e su base paritaria, potrebbero articolarsi attraverso gli strumenti anticipati nella mail d'invito:

1. Richiedere incontri specifici con le più alte autorità governative / ministeriali per rappresentare coralmemente le criticità e i rischi di provvedimenti quali l'art 1 comma 16 lettera d) del DdL di cui sopra, affiancando l'attività che si svolge a livello politico e di società civile;
2. Proseguire la raccolta dati, secondo un semplice schema che è alla base di quanto riportato nella relazione finale del Commissario, con particolare attenzione ad accolti, "liste d'attesa", distinzione tra misure di sicurezza provvisorie e definitive, Tribunali invianti, flusso ammissioni/dimissioni e durate di permanenza, ecc.;
3. Realizzare incontri periodici, eventi formativi e visite di scambio tra REMS, con lo scopo principale di raccogliere e condividere le buone pratiche e di segnalare le maggiori criticità;
4. Elaborare documenti congiunti da far circolare ed eventuali comunicazioni da inviare ad autorità nazionali e regionali, sia sanitarie che di giustizia.

Dibattito

Pellegrini (Dsm Parma). La chiusura degli opg è avvenuta attraverso il sistema di welfare, che comprende i Dsm, non solo attraverso le REMS. Importante il lavoro con la magistratura: l'ingresso nelle strutture deve avvenire solo con una concertazione, come confermato dal Consiglio Superiore della Magistratura. Servono Cruscotti regionali per la gestione per ridurre invii gravemente inappropriati. Bisogna collegare le rems ai territori, ricostruire i diritti. La sanità penitenziaria è un altro aspetto fondamentale. In ogni regione quindi si deve avere un cruscotto integrato giustizia-sanità per l'utilizzo della rete dei SSM.

Barone (Dsm Caltagirone). Occorre una formazione a rete, anche tipo visiting, dove a triplete ci si confronta. Importante il protocollo con la magistratura. La REMS deve fornire un assessment nei pazienti con pericolosità sociale; poi sono fondamentali i Budget di salute, come era l'idea iniziale prima che si fosse in qualche modo costretti a fare le REMS. Anche per il carcere occorre un corso di formazione.

Grassi (Dsm RE). Vi è una dialettica con le aziende usl. La rems diventa articolazione del carcere, se non c'è la regionalizzazione – es. 50 posti a RE. Bisogna utilizzare le alternative alla detenzione.

De Girolamo (IRCCS Brescia). Indispensabile fare ricerca - su questo anzi siamo in ritardo - per documentare il cambiamento epocale in corso. Sottolineo il progetto finanziato dalla regione Lombardia, in cui si dimostra che pazienti con storia di comportamenti violenti non presentano nella comunità rischio maggiore del gruppo controllo (a fine novembre ci sarà a Brescia convegno

in merito). Importante un progetto europeo finalizzato a comparare le strutture forensi in alcuni paesi.

Magliano (Università Napoli). Sottolineo che nella ricerca sulle rems è centrale la valutazione della qualità delle cure.

Corleone (Senato). Qui ci dobbiamo interrogare su come non si fa fallire la riforma. Vi sono persone in lista d'attesa e persone in carcere, alcuni come a San Vittore in celle di contenzione. Sono enormi le differenze ad es. tra Veneto e Sicilia sulle liste d'attesa. La rems dipende dal dsm. In una regione con due REMS, chi governa? Ci vuole una responsabilità del governo regionale. Inoltre, se il ddl giustizia fosse approvato, bisogna assumere i decreti delegati, e candidarsi ad essere presenti come coordinamento rems in commissione. Inoltre c'è la questione delle perizie. Magistrati e periti sono i due fronti su cui lavorare.

Barone. I privati si stanno muovendo per proporre strutture per l'effettuazione delle misure di sicurezza.

Pagano (Dsm Salerno). Vi è un'articolazione territoriale in carcere con 8 p.l. – e PTRI con i servizi territoriali competenti. Di 30 richieste di ingressi provvisori in rems, solo 2 o 3 sono stati effettuati, invece è data la libertà vigilata grazie al ptri. In tutta la regione ci sono queste articolazioni: 1 per asl (provincia). Importante la variazione delle misure sicurezza.

Pastori (Rems Ceccano, FR). Vi sono difficoltà nel rapporto con magistratura, non solo di sorveglianza e nonostante i buoni rapporti, perché i magistrati fanno riferimento alla legge, che non è cambiata. Per cambiamenti della legge occorre spingere ai vertici. Si arriva perfino a richiedere una scorta di polizia dalle Rems all'ambulatorio. Neanche l'Accordo Stato-Regioni basta, secondo i magistrati laziali.

Norbedo (Rems Aurisina Trieste). Le disposizioni d'invio del DAP sono già molto avanzate (legge quella dell'ultimo invio Rems).

Lattanzio (Rems Spinazzola, BT). I dati del ministero riguardanti le dimissioni sono falsati dai trasferimenti. La formazione deve essere regionale (sta partendo in Puglia su nostra insistenza), va bene però lo scambio di esperienze anche più ampio, anche con visite. Sottolineo la necessità di un protocollo d'intesa con la magistratura di sorveglianza.

Mezzina. Ci sono protocolli con la magistratura sviluppati, vanno messi a disposizione, come quello Regione FVG-Tribunali.

Starace (Dsm Modena). Bisogna identificare le priorità del coordinamento

Fioritti (Dir San AUSL Bologna) Mi sembra assolutamente positivo il coordinamento REMS. Occorre formalizzarne l'esistenza con dei portavoce. C'è il rischio dell'arrivo dei detenuti col ddl giustizia. La pratica va documentata con analisi qualitative, empiriche.

Cecconi (StopOpg). Dopo la chiusura degli opg, è un fatto storico anche il coordinamento delle REMS. Un primo punto importante è che occorre riequilibrare il ruolo della magistratura. Inoltre le REMS non possono che essere parte dell'esperienza dei dsm e dei servizi del welfare locale.

StopOpg è un movimento di associazioni, che resta esterno al coordinamento REMS: qui sottolineo il rischio che la riforma naufragi. La legge è di fatto più avanzata della realtà. Le alternative all'opg non sono le Rems, ma i servizi. Il compito del coordinamento è di far circolare le pratiche. Si può pure far pressione, se diventa una realtà organizzata. Anche se il ddl venisse approvato, può far pressione per intervenire sulle deleghe attuative.

Elisabetta Rossi (Dsm Perugia). Le due contraddizioni sono la sanità penitenziaria (che va attuata) e il "doppio binario". Il rischio che tutto il ddl abbia una ricaduta negativa è fortissimo, ad es per i ricoveri in spdc. Bisogna registrare le contraddizioni e documentarle, farne un atto condiviso. Occorre condividere le buone pratiche sia di collaborazione con la giustizia che operative, di rete. Il registro di condivisione delle pratiche è fondamentale. Il contesto regionale può fare da cabina di regia.

Rems Ceccano. Col sistema SMOP raccogliamo come già per gli Opg i dati dei presenti, e l'80% delle REMS lo utilizzano. Tutti i PTRI sono pure raccolti. Importante considerare la questione delle REMS definitive.

Pellegrini. Occorre sostenere iniziative con forza, ad es. momenti di concertazione tra sanità e giustizia e ritiene del tutto inaccettabili misure che limitino il mandato di cura o pretendano compiti custodiali da parte del personale sanitario. Il coordinamento si costituisce formalmente, con un documento-carta (lascia un suo contributo scritto sul coordinamento, in allegato).

Giovanni Rossi (StopOpg). La responsabilità dei dsm è fondamentale.

Barone, Mezzina. Prossimi appuntamenti del coordinamento possono essere Caltagirone (Convegno "Dalle misure di sicurezza alla sicurezza della cura", 15-17 giugno) e poi Trieste, 15-18 novembre, nell'ambito dell'International School and Conference del CC OMS di Trieste "The right to have a life". Si devono proporre altre iniziative specifiche.

Corleone. Il coordinamento è dunque nato. Si costituisce con un terzetto di portavoce - propongo che siano Pietro Pellegrini, Raffaele Barone e Roberto Mezzina, che avranno il compito di tenere le fila e far circolare documenti e proposte. Sulla base delle criticità qui emerse, va costruito il documento per l'audizione richiesta alla commissione giustizia della Camera. Va inoltre chiesto che sia ricostituito l'organismo nazionale superamento opg.

Si raccolgono tutti i nominativi dei partecipanti per una mailing list aggiuntiva a quella istituzionale delle rems finora utilizzata. L'elenco verrà trascritto e reso disponibile.

La riunione si chiude alle ore 14,40.