

Convegno
**LA SANITÀ
PENITENZIARIA
DOPO LA RIFORMA**
Il modello dell'Emilia-Romagna
ed altre esperienze regionali

30
maggio
2013
8.30/17.30

Sala terza torre
Regione Emilia-Romagna
Viale della fiera, 8 Bologna



Mission dell'area
della salute mentale
e Istituzione
penitenziaria
nella
programmazione
socio sanitaria
della Regione
Veneto

Cuccato Giancarlo

**NON E' UN ALTRO MONDO,
SIAMO ALL'INTERNO DELLA SOCIETA'**



DPCM 1.04.2008:

Linee d'indirizzo per la salute mentale

- n necessità di dare nuovo impulso alle **politiche di promozione della salute**, di rafforzare gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva e, in generale, di favorire la **precocità degli interventi** e la **collaborazione fra tutti i servizi che si occupano di salute mentale**. Grande attenzione va rivolta al miglioramento della qualità dei programmi di cura che debbono essere mirati allo **sviluppo della persona** e all'**esercizio dei diritti di cittadinanza**, valorizzando gli strumenti legislativi vigenti (Legge 68/381 e 68/328). Un'**attenzione particolare è data alla salute mentale in carcere** e agli Ospedali Psichiatrici giudiziari, ai temi legati alla **multiculturalità** e alla salute mentale delle popolazioni migranti.
- n **La salute mentale in carcere**
Viene riservata una particolare attenzione alle attività connesse alla **prevenzione, cura e riabilitazione** nel campo della salute mentale in carcere, (dove si stima una prevalenza del 16% di detenuti affetti da disturbi mentali).

LEGGE REGIONALE n. 23 del 29 giugno 2012

Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

ALLEGATO 3.5.8 Area della Sanità penitenziaria

- n il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, tenendo in debito conto la specificità che deriva dallo status di detenuto e la necessità di adeguare a tale specificità l'assistenza sanitaria erogata in carcere;
- n la necessità di una piena collaborazione interistituzionale tra SSN, Amministrazione penitenziaria e Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché l'esigenza di sicurezza all'interno degli istituti penitenziari, degli istituti penali per minori, dei centri di prima accoglienza, delle comunità e dei centri clinici

LEGGE REGIONALE n. 23 del 29 giugno 2012

Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.

- n Va, inoltre, promossa una **gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie** a favore dei detenuti,
- n È, altresì, strategico **promuovere percorsi riabilitativi integrati**, finalizzati a superare il disorientamento susseguente alla scarcerazione e, quindi, il rischio della reiterazione dei reati.

Anche in questo ambito è necessario **sviluppare una presa in carico globale della persona** da parte dei servizi sociali e da parte della comunità, al fine di realizzare un **percorso di inclusione sociale**, durante lo sconto pena o almeno al termine della stessa.

NORMATIVA SANITA' PENITENZIARIA REGIONE VENETO

- n DGR n° 1295, del 07.05.2004 (allegato) - Protocollo d'Intesa tra il Ministero di Giustizia e la Regione del Veneto, 8 aprile 2003

TERRITORIALIZZAZIONE DELLA PENA

TUTELA, PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE DEI RISTRETTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO

- stipulare convenzioni, tra Direzioni degli Istituti ed Aziende UU.LL.SS.SS., per la promozione di iniziative in tema di tutela della salute mentale, comprendenti monitoraggi, formazione e aggiornamento;
- promuovere la realizzazione di strutture residenziali e/o semi residenziali intermedie rivolte a dimessi dagli Istituti Penitenziari e dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari residenti nel Veneto nelle quali attuare programmi di acquisizione di abilità ed autonomia e svolgere percorsi socio-rabilitativi finalizzati a sostenere complessivamente il loro reinserimento sociale e lavorativo;
- adeguare e potenziare i Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura e le strutture terapeutiche residenziali atti al ricovero dei detenuti e individuare servizi specialistici per minori.

- n DGR n. 2144 del 29 luglio 2008 – Recepimento DPCM del 01/04/08

“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”

- n Decreto n. 114 del 6 ottobre 2011 - Istituzione dell'Osservatorio Regionale permanente sulla Sanità Penitenziaria

2. di istituire l'Osservatorio Regionale permanente sulla Sanità penitenziaria al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo nel contempo l'efficacia delle misure di sicurezza, così come previsto dal DPCM 1° aprile 2008;

- n DGR n. 128 del 11 febbraio 2013 - Programma 2012 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) Adesione al progetto "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari" ed approvazione convenzione con la Regione Toscana.

- n DGR n. 341 del 19 marzo 2013 - Programma 2012 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) Adesione al progetto "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute", della Regione Emilia Romagna.

NORMATIVA SANITA' PENITENZIARIA REGIONE VENETO DAL 2003 AD OGGI

- n DGR n. 341 del 19 marzo 2013 - Programma 2012 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) Adesione al progetto "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute", della Regione Emilia Romagna.
- n DGR n. 2722 del 24 dicembre 2012 - Recepimento Accordo Stato Regioni approvato il 19 gennaio 2012 Rep. 5/CU, sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" Approvazione Programma Operativo e modalità di attuazione
- n Decreto n. 111 del 17 luglio 2012 – Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dagli OPG e in carico al servizio territoriale; assegnazione finanziamento regionale alle Az.ULSS, impegno di spesa e determinazione modalità di erogazione
- n DGR n. 1331 del 17 luglio 2012 – DPCM 1° aprile 2008: approvazione del progetto di struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato presentato dall'Azienda ULSS 21 di Legnago (VR) e determinazione del finanziamento regionale e relativo impegno di spesa
- n DGR n. 899 del 22 maggio 2012 – Recepimento Accordo Stato Regioni approvato il 13/10/2011 "integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC"
- n Decreto n. 73 del 24 aprile 2012 - Costituzione del Gruppo di Lavoro Tecnico Scientifico per l'elaborazione del programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili
- n DGR n. 2089 del 7 dicembre 2011: DM della Salute 28/10/2010: interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale: approvazione delle modalità di attuazione e di spesa.
- n DGR n. 3585 del 30 dicembre 2010 - DPCM 1° aprile 2008: autorizzazione all'Azienda ULSS n. 20 per l'apertura del reparto di Osservazione psichiatrica, all'interno della Casa Circondariale di Verona
- n DGR n. 3472 del 30 dicembre 2010 - DPCM 1° aprile 2008: procedure relative all'inserimento in comunità di minori e giovani adulti su provvedimento dell'Autorità giudiziaria minorile
- n DGR n. 2210 del 21 settembre 2010 - Protocollo di Intesa fra la Regione del Veneto e il Ministero della Giustizia in materia di prevenzione dei suicidi.
- n DGR n. 2144 del 29 luglio 2008 - Recepimento DPCM del 01/04/08 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"
- n Protocollo d'Intesa tra il Ministero di Giustizia e la Regione del Veneto, 8 aprile 2003 (allegato alla DGR n° 1295, del 07.05.2004)

ALCUNI INTERROGATIVI

- n A QUALE REALTA' EPIDEMIOLOGICA FA RIFERIMENTO LA NORMATIVA ?
- n IN QUALE REALTA' DOVREBBE ESSERE CALATA LA NORMATIVA ?
- n A QUALE MODELLO DI INTEGRAZIONE FA RIFERIMENTO LA NORMATIVA ?
- n IL CARCERE È COLLOCATO NEL TERRITORIO, MA FA PARTE DELLA RETE, DELLA RETE DEI SERVIZI ? È UN NODO DELLA RETE ?
- n QUALE E' OGGI IL RUOLO, IL MANDATO DEI SERVIZI PSICHIATRICI TERRITORIALI NEL TRATTAMENTO DEL DETENUTO ?
- n QUANDO INTERVIENE LA PSICHIATRIA? ED È POSSIBILE GARANTIRE LA CONTINUITÀ DELLA CURA, UNA PROGETTUALITÀ SCANDITA NEL TEMPO, O PUÒ ESSERE CONSENTITA SOLO UNA FRAMMENTAZIONE DELLE RISPOSTE ?
- n E FATTE, SCRITTE BENE LE PREMESSE NORMATIVE, COSA SI FA ?

PATOLOGIE PSICHIATRICHE IN CARCERE IN ITALIA

n	Entrano in carcere ogni anno	90.000 persone
n	Popolazione carceraria "fissa"	67.000 detenuti
n	Detenuti stranieri 24.000 detenuti	35,80 %
n	Detenuti con problemi di salute (fisica e psichica)	8 su 10
n	Patologia psichiatrica presente nelle persone detenute rispetto alla popolazione generale	30/40 volte maggiore
n	Detenuti sottoposti occasionalmente a trattamento con psicofarmaci	1 su 2
n	Detenuti con disturbi psichici Asse 1	42,00 %
n	Detenuti con disturbi mentali da dipendenza da sostanze e alcol-correlati	35,00 %
n	Detenuti con grave disturbo della personalità e del comportamento Asse 2	16,00 %
n	Detenuti con atti di autolesionismo su popolazione carceraria	9,00 %
n	Atti di autolesionismo in detenuti con disturbo della personalità e del comportamento	33,20 %
n	Decessi per suicidio (2011)	66
n	Il 30% dei suicidi in carcere avvengono nella prima settimana di detenzione e il 25% alla fine della pena.	
n	Disturbi da carcerazione (psicosi carcerarie)
n	Il campo parapsicotico (le diagnosi di confine e le forme psicopatologiche che si esprimono nel comportamento)

PATOLOGIE PSICHIATRICHE E CONTESTO CARCERARIO

- n L'immagine che ne deriva è quella dell'istituzione manicomiale, diventata nel corso del tempo, ma ci è bastato poco, un grande contenitore del disagio sociale e socio sanitario, non solo del disagio psichiatrico.
Si diceva "il manicomio è un porto di mare".
L'area della malattia mentale, in passato istituzione manicomiale, oggi salute mentale, ha fatto in particolare in questi ultimi anni, partendo comunque dal 13 maggio 1978 con la legge Basaglia, dei passi avanti, soprattutto in termini culturali.
Tante cose sono cambiate e in positivo
Una cosa che è radicalmente cambiata è l'immagine dei servizi, non più luoghi "altri", **non-luoghi** per soggetti "diversi", ma luoghi percorribili, accessibili, accoglienti e dignitosi.
- n Un **percorso trasformativo** che deve fare anche l'istituzione penitenziaria.
Ed è ora. Perché solo così si può sviluppare una presa in carico (globale) centrata sulla persona da parte dei servizi sociosanitari e da parte della comunità, al fine di realizzare un percorso di inclusione sociale, durante lo sconto pena o almeno al termine della stessa.
- n Bisogna dare un senso alla parola **casa** (casa di reclusione, casa circondariale), altrimenti non è più casa, ma un porto di mare, un manicomio

Il contesto carcerario e i suoi rischi

- n i problemi del sovraffollamento, della convivenza tra individui di età, nazionalità, grado di cultura, dimestichezza col carcere, usi e regole, mentalità, situazione giuridica e destino penale diversi, della presenza di malati a volte anche persino potenzialmente terminali e di portatori di gravi problemi di salute mentale.
- n dato che il trattamento dei disturbi psichiatrici all'interno di un contesto correzionale ha certamente delle caratteristiche peculiari, il carcere è un setting che si presta alla cura?
- n rischi:
 - di stigmatizzazione delle persone coinvolte e degli spazi dedicati
 - di psichiatrizzazione del disagio intracarcerario
 - di confusione tra funzione sanitaria e funzione di controllo
 - di commistione tra ragioni della cura e ragioni della pena

di costruire nel carcere un manicomio, piccolo o grande, o di trasformare il carcere in un manicomio

QUALE INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

- n il concetto di integrazione sociosanitaria è previsto da poco più di un decennio, in tutte le pianificazioni di tipo sanitario e sociale; di fatto, però, resta difficile comprendere davvero le potenzialità e i contenuti che tale espressione porta con sé.
- n il riferimento normativo fondamentale in merito all'integrazione sociosanitaria è costituito dall' "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" (DPCM del 14 febbraio 2001).
- n tentando di dare una definizione il più possibile completa, si può immaginare l'integrazione sociosanitaria come "il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio".
- n promuovere la "persona" nella sua unità che significa supportarne i processi di autodeterminazione e restituirle la libertà e la responsabilità delle proprie scelte, ricondurla nel suo "stato di diritto" anche quando affetta da menomazioni o minorazioni o quando in stato di squilibrio e sofferenza.
- n il diritto di "cittadinanza"

Altre domande

- n Chi è il detenuto, chi è il detenuto con problemi psichiatrici?
- n E l'operatore dei Servizi Psichiatrici, che ha già difficoltà a condividere, a co-costruire con altre aree socio-sanitarie del Territorio, più distanti ma anche più prossime, come si definisce all'interno dell'Istituzione Penitenziaria e nei confronti dell'operatore penitenziario?
In realtà è un problema di definizione reciproca tra le due aree.
- n E' garantita allo psichiatra la possibilità di svolgere il proprio mandato di cura all'interno del carcere?
- n Quando interviene la Psichiatria? Ed è possibile garantire la continuità della cura, una progettualità scandita nel tempo, o può essere consentita solo una frammentazione delle risposte?
- n La Psichiatria per quale patologia "interviene"? per l'acuzie? per il TSO? per il rischio suicidario? per il comportamento aggressivo?

Dove sta il punto d'incontro ?

- n dove sta il punto d'incontro, il punto dove porre le **basi per una vera integrazione istituzionale** tra le due realtà? Perché se questo non avviene, nonostante le leggi o i protocolli, si creano delle aspettative o si fanno delle affermazioni di principio che rimarranno tali, si alimentano delle illusioni ideologiche che non daranno risposte efficaci.
- n dove sta il punto d'incontro per passare dall'inquadramento diagnostico, dalla consulenza psichiatrica e dalla medicazione psicofarmacologica alla **presa in carico globale della persona, anche autore di reato, da parte dei servizi sociali e da parte della comunità**, al fine di realizzare un percorso di inclusione sociale, durante lo sconto pena o almeno al termine della stessa.

Possibili punti d'incontro: in rete e lavoro di rete

- n In Francia la legge del 18 gennaio 1994 inserisce a pieno titolo le carceri nel settore – l'unità territoriale nella quale è articolata l'organizzazione psichiatrica francese – e impegna le équipes psichiatriche del servizio pubblico in un lavoro nuovo per il quale Sénon et al. propongono, in analogia con l'intervento psichiatrico sull'ospedale civile, con il quale presenta molti aspetti di affinità, **il modello della psichiatria di liaison.**

“La prigione – scrivono infatti questi autori – ha bisogno senz'altro del contributo del servizio ospedaliero (nel nostro caso del DSM e del CSM), ma **soprattutto della sua rete,** dove la comunicazione e l'interazione non può che essere bidirezionale e non di una équipe super specializzata rinchiusa e distante”

- n Una corretta politica di salute mentale a vantaggio della popolazione detenuta in un carcere **non può prescindere dall'esperienza del lavoro di rete** maturata nell'ambito della psichiatria territoriale italiana

Possibili punti d'incontro: la comunità per la comunità

- n In un'esperienza canadese (carcere di Kingston) le caratteristiche fondamentali di una buona assistenza psichiatrica intracarceraria vengono individuate nella presenza di psichiatri per un tempo sufficiente, nella possibilità di rapido accesso ai reparti psichiatrici ospedalieri, **in un assessment precoce del malato di mente autore di reato**, nell'opportunità di **perseguire la stabilizzazione in un ambiente sicuro** che consenta a staff e paziente di interagire col minore timore possibile per la sicurezza personale, **la disponibilità di un processo indipendente di valutazione dell'idoneità del paziente a un ritorno in condizioni di sicurezza sul territorio**, che può prevedere condizioni di efficace presa in carico e controllo nella comunità al momento della scarcerazione
- n Nei paesi anglosassoni **strategie di community care**, riprese in Italia con la legge quadro 328/2000: realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- n **Realizzazione di politiche per la comunità e da parte della comunità stessa**

Possibili punti d'incontro: nei percorsi di trasformazione e di condivisione

- n solo in un **contesto trasformativo** può avere senso un intervento specifico per la salute mentale: esperienze all'interno del carcere "**in stretta continuità**" con i servizi psichiatrici esterni
- n L'elaborazione di progetti per la tutela della salute mentale in carcere deve veder collaborare Azienda sanitaria nel suo complesso, Istituzione penitenziaria, enti locali, privato sociale, volontariato, ma anche la cittadinanza, **tutti coinvolti in un ampio progetto di continuità terapeutica interno/esterno e di condivisione dei progetti**, partendo da un'efficace politica di informazione

Possibili punti d'incontro: nella ridefinizione di cura e di persona

- n Dallo specialista che cura il sintomo all'equipe territoriale che prende in carico
- n Dalla medicazione psicofarmacologica alla presa in carico centrata sulla persona
- n Dal medico da cui dipende qualcosa al medico che cura
- n Dal detenuto alla persona autrice di reato alla persona con problemi di ...
- n Dalla cura al riconoscimento di diritti:
diritto alla salute
diritto di cittadinanza

MISSION AREA SALUTE MENTALE E MISSION AREA PENITENZIARIA

AREA SALUTE MENTALE (*)

- n VISION: la salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità
- n MISSION: Promuovere la salute mentale, fornire consulenza, assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per migliorare il benessere e la funzionalità delle persone, mettendone in evidenza i punti di forza e le risorse, rafforzandone la resistenza e stimolando i fattori di protezione esterni; favorire il superamento dello stigma e dei pregiudizi e promuovere l'inclusione sociale.

(*) Allegato alla Dgr n. 2082 del 03 agosto 2010 (Documento Regionale di Indirizzo per la Programmazione del Piano di Zona 2011-2015)

AREA PENITENZIARIA

- n MISSION
La mission penitenziaria (*) non si limita ad assicurare l'esecuzione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale, ma si sostanzia nella realizzazione di interventi integrati finalizzati a garantire la tutela delle persone detenute e ad offrire opportunità di rieducazione e reinserimento sociale.

(*) (Istituto superiore di studi penitenziari – dap)

ORDINAMENTO GIUDIZIARIO E SALUTE

- n LEGGE 26 luglio 1975, n. 354
Testo aggiornato dalla LEGGE 1 ottobre 2012, n. 172 (in G.U. 08/10/2012, n.235): Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà'.
- n "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".
Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva, ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale.

ORDINAMENTO GIUDIZIARIO E SALUTE MENTALE

- n Il servizio psichiatrico in carcere non rappresenta un'area a se stante, ma s'inscrive nella complessità dell'intervento sanitario intracarcerario
- n "Per la gestione dei malati psichiatrici in CARCERE - osserva l'Amapi (*) - occorre che i Servizi territoriali, (Centri di Salute Mentali), si facciano carico del problema al fine di rendere operativa un'azione omogenea nell'ambito della continuità assistenziale.
- n I malati di mente gravi non possono stare e non devono stare in Carcere, perché la carcerazione aggrava inesorabilmente il loro quadro psicopatologico. La stessa Corte di Cassazione in una recente sentenza ha stabilito l'importanza di questo principio".

(*) ASSOCIAZIONE MEDICI AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ITALIANA.

DIRITTO ALLA SALUTE

- n Il "diritto alla salute" è un concetto che esprime una garanzia di ...
- n L'azione di cura non può prescindere dal rapporto di fiducia, ha bisogno di fondarsi sulla **relazione terapeutica**
- n Ma se ... " ... pur se la tutela garantita dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei servizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sentenza Corte Costituzionale 175/82). Questo significa che le connaturali esigenze di sicurezza che sottendono alla detenzione possono portare ad un affievolimento della tutela della salute in quegli aspetti che, limitando fortemente la volontà dell'individuo, non consentono una normale fruizione dell'assistenza sanitaria (impossibilità di scegliere il luogo di cura, limitazione del diritto alla scelta del medico curante, ecc.). ..."
- n Come si può dare applicazione alle leggi, se l'azione di cura e di riabilitazione è vincolata, condizionata da contraddizioni che impediscono non solo all'area della salute mentale a perseguire la sua mission, ma anche alla stessa area penitenziaria
- n Differimento della pena: per la malattia grave
e per la malattia mentale?
la malattia mentale è grave?

Diritto e dovere di cittadinanza

- n Il carcere e i suoi "ospiti" detenuti devono sentirsi parte integrante della società civile
- n La funzione dell'esecuzione penale deve essere finalizzata ad accompagnare e sostenere il reinserimento sociale del condannato e non può prescindere, da parte del detenuto, da una assunzione delle proprie responsabilità e da un impegno vero in un percorso di socializzazione
- n Nello stesso tempo l'affermazione del diritto di cittadinanza non può prescindere dalla rimozione degli ostacoli legati a pregiudizi e alla stigmatizzazione del carcere e del condannato

SECONDA CONFERENZA REGIONALE SALUTE MENTALE

Area tematica Salute mentale in carcere e Dismissione degli OPG

PROGRAMMA 1° INCONTRO PREPARATORIO

***PROSPETTIVE E SFIDE NELLA PSICHIATRIA DI COMUNITA':
SALUTE MENTALE IN CARCERE E SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI
PSICHIATRICI GIUDIZIARI***

11 giugno 2013

Villa Nievo Bonin Longare – Montecchio Precalcino (Vi)

Ore 9,00	Saluti delle autorità
Ore 9,30 – 10,00	Presentazione della giornata Lorenzo Rampazzo
Ore 10,00 - 10,30	Salute mentale in carcere e dismissione degli OPG: situazione attuale Domenico Mantoan
Ore 10,30- 11,00	Salute mentale in carcere e dismissione degli OPG: situazione attuale Pietro Buffa
Ore 11,00 – 11,15	Discussione
Ore 11,15 – 13,15	Gruppi di lavoro
	<i>Gruppo 1 Salute mentale in carcere: quali criticità? coordinano Angela Venezia, Felice Alfonso Nava</i>
	<i>Gruppo 2 Salute mentale in carcere: quali prospettive? coordinano Giancarlo Cuccato, Giuseppe Lapomarda, Sonia Pagani</i>
	<i>Gruppo 3 Dismissione degli OPG: quali criticità? coordinano Marcello Bortolato, Marco Stegagno</i>
	<i>Gruppo 4 Dismissione degli OPG: quali prospettive? coordinano Tommaso Maniscalco, Chiara Ghetti</i>
LUNCH	
Ore 14,30	ripresa dei lavori
Ore 14,30 – 14,50	La Legge n° 9/2012 art 3 ter Marina Azzini
Ore 14,50 – 15,10	DPCM 2008 e normativa correlata Mariagrazia Bregoli
Ore 15,10 – 15,30	La questione della Giustizia Minorile Paolo Attardo
Ore 15,30 – 17,00	TAVOLA ROTONDA condotta da Claudio Busana con la partecipazione dei relatori e dei coordinatori dei gruppi di lavoro
Ore 17,00	chiusura dei lavori da parte della Regione Veneto e del Provveditorato Amministrazione Penitenziaria
Ore 17,30	Questionario ECM

Il carcere è un luogo che "accoglie",
ma non è un ospedale,
non è un luogo di cura.

Ma non può spegnere la speranza



Il carcere deve diventare da **non luogo**
a **luogo dell'esserci con**,
per essere luogo non di cura,
ma **che consente anche di curarsi**



Il carcere
da luogo assegnato amministrativamente
ad un distretto socio sanitario per ricevere assistenza
a **nodo della rete**

**L'esperienza di integrazione tra carcere e territorio si realizza
all'esterno e non tra le mura dei tradizionali circuiti penitenziari**



far crescere una **nuova cultura**

percorrere **strade nuove**



grazie per l'attenzione