

**Relazione sulla
situazione
penitenziaria
in Emilia-Romagna**

Relazione sulla situazione penitenziaria in Emilia-Romagna

anno 2014

Presentazione	4
---------------	---

PARTE I Area penale adulti: caratteristiche della popolazione detenuta e in misura alternativa alla detenzione

Premessa

1. Popolazione detenuta: uno sguardo ai dati nazionali e regionali	7
1.1 Popolazione detenuta straniera	12
1.2 Composizione socio-demografica della popolazione detenuta	15
1.2.1 Grado di istruzione	17
1.2.2 Corsi professionali	17
1.2.3 Corsi scolastici	18
1.2.4 Condizione lavorativa	19
1.2.5 Suicidi in carcere	20
2. Tipologia di reato	21
2.1 Posizione giuridica dei detenuti	23
3. Misure alternative alla detenzione	24
3.1 Sanzioni sostitutive	28
3.2 Misure alternative alla detenzione in Emilia-Romagna	29
3.3 Revoche delle misure alternative alla detenzione	32
3.4 Misure di sicurezza	33
4. Giustizia minorile in Emilia-Romagna	34
4.1 CPA (Centro di Prima Accoglienza)	34
4.2 IPM (Istituto penale minorile)	36
4.3 Comunità Ministeriale	38
4.4 Collocamenti in strutture residenziali	40
4.5 USSM (Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni)	41

PARTE II Ruolo della Regione Emilia-Romagna nell'ambito delle politiche sociali in area penale

5. Attività di coordinamento tra Regione e Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per gli interventi in area penale	46
6. Politiche regionali per l'esecuzione penale in Emilia-Romagna nell'anno 2014 in ambito sociale	47
6.1 Programma Carcere sull'Esecuzione Penale regionale	47
6.2 Risorse economiche e Programmi Attuativi 2014 in ambito sociale	49
6.2.1 Piani Attuativi del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale	52
6.2.1.1 Schede sintetiche dei Programmi Attuativi	53
6.3 Progetti sperimentali e innovativi promossi dalla Regione Emilia Romagna	61
6.3.1 PROGETTO AC.E.RO	61
6.3.2 PROGETTO CITTADINI SEMPRE	62

6.3.3 Progetto "STANZE DI TEATRO CARCERE"	64
6.3.4 Giustizia riparativa	64
6.4 Progetti finanziati con il Fondo Sociale Europeo	65

Parte III Assistenza sanitaria nelle carceri della regione Emilia-Romagna

7. Aspetti generali ed assistenza primaria	69
7.1 Le Case di promozione e tutela della salute	69
7.2 L'assistenza primaria	70
7.2.1 Il percorso clinico assistenziale delle persone detenute	71
7.2.2 Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)	71
7.2.3 Gli operatori ed i ruoli negli Istituti penitenziari	72
7.3 Il Programma regionale salute nelle carceri	76
7.4 La medicina specialistica e la strumentazione	79
7.4.1 Le discipline interne	79
7.4.2 Le prescrizioni specialistiche	83
7.4.3 Le équipe delle dipendenze	89
7.4.4 Gli operatori della salute mentale	92
7.5 Le strumentazioni	93
8. Profili di salute della popolazione detenuta	94
8.1 Le caratteristiche della popolazione detenuta	97
8.2 I fattori di rischio e la dichiarazioni di uso/abuso di sostanze	102
8.3 Le patologie e i farmaci utilizzati nella popolazione detenuta	104
8.4 L'infettivologia	121
8.5 I detenuti con problematiche alcol-droga correlati	123
8.6 La salute mentale	128
8.7 Alcuni eventi critici	129
9. La cura dei minori rientranti nel circuito penale	131
10. I progetti regionali e le azioni di sistema	136
10.1 Protocolli	136
10.1.1 Il protocollo d'intesa Regione Emilia-Romagna e Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria	136
10.1.2 La prevenzione del rischio suicidario	139
10.2 La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti penitenziari: profili epidemiologici e contesto ambientale - Progetto CCM 2013	145
10.3 Il progetto Promotori di salute in carcere	148
10.4 La cartella clinica informatizzata unica regionale SISP e la formazione dei professionisti	154
10.5 Il gruppo di lavoro per la somministrazione farmacologica negli IIPP	156
10.6 PRISK - Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari	157
10.7 La formazione	159
11. Risorse finanziarie	161

12. Il superamento degli OPG e l'avvio delle REMS salute mentale	162
12.1 Il programma complessivo per il superamento degli OPG	162
12.2 ROP (Reparto di Osservazione psichiatrica) di Piacenza	166
12.3 Casa Zacchera	170
12.4 L'Arcipelago	172

Allegati	173
-----------------	-----

1. Circolare DAP n.206745 del 30.05.2012 'Realizzazione del Circuito regionale ex art. 115 DPR N.230 del 30.06.2000'
2. Circolare PRAP del 25.07.2013 'Umanizzazione della pena'
3. Protocollo operativo integrativo del Protocollo di intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Emilia-Romagna per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena e al reinserimento sociale delle persone detenute del 22.01.2014

Presentazione

La presente relazione fornisce una presentazione completa della situazione penitenziaria in Emilia-Romagna relativamente all'anno 2014. Si tratta di un rapporto che annualmente la Giunta regionale fornisce alla Commissione assembleare competente, come previsto dall'art. 9 della legge n.3 del 2008 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna".

In particolare, vengono resi pubblici i dati relativi agli indici di affollamento e le caratteristiche socio-anagrafiche dei detenuti, anche in relazione alle diverse tipologie di reato.

Una parte della Relazione annuale presenta le specifiche iniziative rivolte alla popolazione carceraria della regione, offrendo una panoramica su quanto realizzato nel 2014 in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria e tramite le Amministrazioni Locali per il miglioramento delle condizioni di vita in carcere, soprattutto, attraverso il lavoro e le attività formative, nonché mediante progetti di carattere sociale e culturale.

Inoltre, la relazione presenta, come ogni anno, il quadro sullo stato di salute dei detenuti e come la Regione opera in termini di promozione e organizzazione degli interventi previsti dalla sanità penitenziaria.

È importante segnalare il calo di quasi cinque punti percentuali dell'indice di sovraffollamento degli Istituti di Pena della nostra regione. Un miglioramento significativo rispetto agli anni precedenti quando l'Emilia-Romagna registrava un numero di presenze superiore alla media nazionale. Un risultato positivo dunque, ottenuto grazie all'introduzione di progetti che hanno facilitato l'utilizzo di strumenti alternativi alla detenzione, insieme agli effetti deflattivi delle norme introdotte a livello nazionale.

Ancora una volta, dal rapporto emerge il ruolo delle Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore come sostegno indispensabile nella realizzazione dei percorsi rieducativi della pena e nella tutela dei diritti e della dignità della persona. Proprio a tutte queste persone che offrono il loro tempo e il loro entusiasmo va espresso un ringraziamento particolare.

Il mondo carcerario è una realtà complessa, a volte estremamente difficile e spesso dimenticata. Nella nostra regione sono presenti 12 istituti di pena per una popolazione complessiva di 2.884 di cui 117 donne e 1.347 stranieri.

Un numero consistente di cittadini che, al di là delle storie e delle scelte individuali, vivono comunque una situazione di sofferenza e nei confronti dei quali abbiamo come istituzione l'obbligo di offrire una seconda opportunità e una speranza di riabilitazione.

L'invito che facciamo anche a noi stessi è di rafforzare e migliorare l'impegno e la collaborazione con tutti coloro che, ognuno per la parte gli compete, possono concorrere a realizzare questi obiettivi.

Un ulteriore ringraziamento va ai tre organi giurisdizionali e a tutto il personale della Corte di giustizia per il lavoro compiuto nel corso di quest'anno.

Sergio Venturi
Assessore alle politiche per la salute

Elisabetta Gualmini
Vicepresidente e Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative

PARTE I - Area penale adulti: caratteristiche della popolazione detenuta e in misura alternativa alla detenzione

Premessa

La popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari italiani, da qualche anno sta subendo un costante calo: si è passati, significativamente, da 67.961 detenuti nel 2010 a 62.536 nel 2013, per arrivare a fine 2014 a 53.623 presenze.

Vale la pena ricordare le tappe principali che hanno portato progressivamente ad una diminuzione della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari italiani fino ad arrivare al significativo risultato del 2014.

A partire dal **2010** il legislatore nazionale ha introdotto una serie di provvedimenti atti a ridurre il sovraffollamento nelle carceri.

In particolare :

- la L.199/2010 che prevede che la pena detentiva inferiore a dodici mesi possa essere eseguita presso l'abitazione del condannato o altro luogo pubblico o privato di cura, assistenza o accoglienza¹;
- la L. 9/2012 e la successiva L.81/2014 hanno permesso la riduzione degli ingressi tramite la predisposizione di alternative territoriali e residenziali, la predisposizione di percorsi carcere-territorio, l'attivazione di reparti osservazione e di programmi di presa in carico territoriale da parte dei Centri di Salute Mentale (CSM), contestualmente all'avvio del processo di chiusura e al superamento degli OPG attraverso la costruzione delle Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza (R.E.M.S.);
- la L.94/2013 che tra l'altro prevede che il condannato chieda l'applicazione alla misura alternativa per pene sotto i 3 anni (6 nei casi previsti dagli art. 90 e 94 T.U. stupefacenti) e introduce un nuovo comma all'art. 21 O.P. nel quale viene previsto che detenuti e internati possono essere assegnati a prestare la propria attività a titolo volontario e gratuito nell'esecuzione di progetti di pubblica utilità in favore della collettività da svolgersi presso lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato;
- La L.10/2014 recante misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria;
- la L.67/2014 del 28.4.14 ha introdotto l'istituto della sospensione del processo con messa alla prova che affianca alle nuove pene non detentive una forma di probativo.

Inoltre, contestualmente all'introduzione di queste nuove norme, nell'**ottobre 2012** i Provveditori regionali sono stati chiamati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria a presentare un'ipotesi di riorganizzazione dei circuiti penitenziari². Il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ha condiviso la proposta operativa con la Regione Emilia-Romagna, e le Associazioni di Volontariato attive sul territorio regionale.

Infine, a livello europea, nel **maggio 2013** la Grande Camera della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (C.E.D.U.) ha condannato definitivamente lo Stato Italiano per comportamento inumano e degradante relativamente alle condizioni detentive. A seguito di questo provvedimento, noto come "sentenza

¹ Nel caso di condannato tossicodipendente o alcolodipendente sottoposto ad un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, la pena può essere eseguita presso una struttura sanitaria pubblica o una struttura privata accreditata. In ogni caso, il magistrato di sorveglianza può imporre le prescrizioni e le forme di controllo necessarie per accertare che il tossicodipendente o l'alcolodipendente inizi immediatamente o prosegua il programma terapeutico.

² Allegato n.1.

Torreggiani”³, il Provveditorato dell’Amministrazione Penitenziaria ha prodotto un documento avente per oggetto l’umanizzazione della pena. L’atto, consultabile integralmente in allegato⁴, è stato sottoposto all’attenzione della Regione Emilia-Romagna che ne ha recepito i contenuti nella stesura del Protocollo operativo, integrativo del Protocollo d’intesa del 14/12/1998, siglato il 27 gennaio 2014 tra il Ministro della Giustizia e il Presidente della Regione Emilia-Romagna⁵ (Protocollo operativo/integrativo).

Il **5 giugno 2014** Consiglio d’Europa riconosce all’Italia l’impegno per le azioni avviate dal governo per risolvere il problema del sovraffollamento e rinvia di un anno la valutazione sulla situazione degli istituti di pena italiani.

In particolare per quel che riguarda la nostra regione, la riforma dei circuiti penitenziari e la sentenza Torreggiani hanno incentivato un lavoro di stretta collaborazione tra il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria (PRAP) e la Regione Emilia-Romagna, lavoro che ha prodotto il nuovo Protocollo operativo integrativo del protocollo d’intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Emilia-Romagna per l’attuazione di misure volte all’umanizzazione della pena e al reinserimento sociale delle persone detenute, siglato a **gennaio 2014**, di cui si darà conto nel capitolo relativo alle politiche regionali.

Di seguito presentiamo i numeri più significativi relativi alla presenza delle persone coinvolte in area penale negli Istituti Penali italiani con un particolare approfondimento per quel che riguarda la situazione nella nostra regione.

Dal punto di vista metodologico, l’obiettivo perseguito dall’esposizione è di carattere descrittivo e documentativo di una raccolta di *issues* a livello macro, privilegiando la continuità con le selezioni di dati illustrati nelle precedenti Relazioni annuali e la rappresentatività delle informazioni inerente la situazione carceraria regionale, che costituisce il focus principale di questa trattazione.

Si precisa che le fonti utilizzate sono le seguenti: DAP (Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia); PRAP (Provveditorato Regionale per l’Emilia-Romagna del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria); UEPE (Ufficio di Esecuzione Penale Esterna del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria); CIS Centro per la Giustizia Minorile di Bologna. Le elaborazioni condotte dal Servizio per l’Accoglienza della RER riguardano prevalentemente i dati ufficiali del DAP, a partire dalle estrazioni effettuate dal sito web per il periodo di riferimento 2014 (http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.wp?selectedNode=1_5_31) alle rappresentazioni grafiche utilizzate. Per le altre fonti citate, sono riportati i dati forniti dagli Uffici preposti secondo le tipologie e le aggregazioni già previste.

1. Popolazione detenuta: uno sguardo ai dati nazionali e regionali

In Italia esistono 202 Istituti penali, i posti (capienza regolamentare) sono calcolati sulla base del criterio di 9 mq per singolo detenuto più 5 mq per gli spazi comuni, lo stesso per cui in Italia viene concessa l’abitabilità alle abitazioni.

Le Case Circondariali accolgono persone in attesa di giudizio o persone condannate a pene inferiori, o residuo di pena, pari a cinque anni.

³ Torreggiani e altri vs Italia, ricorsi nn.43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10.

⁴ Vedi allegato n.2.

⁵ Allegato n.3 Protocollo operativo integrativo del protocollo d’intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Emilia-Romagna per l’attuazione volte all’umanizzazione della pena e al reinserimento sociale delle persone detenute.

Le Case di Reclusione sono adibite all'espiazione delle pene, in molte Case Circondariali c'è una "Sezione Penale". La Casa di Reclusione a custodia attenuata è un regime di detenzione nel quale si svolgono numerose attività per la riabilitazione fisica e psicologica dei tossicodipendenti. Possono accedere coloro che stanno scontando pene o residui di pena non superiori ai 5 anni.

Le Case di Lavoro rientrano, alla pari delle Colonie agricole, tra quelle che il codice penale definisce *misure amministrative di sicurezza*. Il caso più frequente di assegnazione a una Casa di lavoro o a Colonia agricola è quello che fa seguito alla fine della pena detentiva carceraria. Una volta scontata per intero la condanna in carcere, se la persona è ritenuta "socialmente pericolosa", anziché essere rimessa in libertà, è sottoposta a una misura di sicurezza come la Casa di lavoro o la Colonia agricola.

Negli Istituti italiani, al 31.12.2014, sono presenti 53.623 detenuti a fronte di una capacità ricettiva regolamentare di circa 4.000 in meno. Le sezioni femminili non sono presenti in tutti gli Istituti della penisola, la presenza di detenute rappresenta poco più del 4% della popolazione detenuta.

I detenuti stranieri rappresentano il 32,5% del totale delle persone ristrette; i semiliberi, che nella tabella sono compresi nel totale dei detenuti presenti, rappresentano poco meno dell'1,5% del totale.

Tab. 1 - Detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti penitenziari per regione di detenzione. Situazione al 31 dicembre 2014

Regione di detenzione	Numero Istituti	Capienza Regolamentare	Detenuti Presenti		di cui Stranieri	Detenuti presenti in semilibertà (*)	
			Totale	Donne		Totale	Stranieri
Abruzzo	8	1.502	1.817	71	192	13	2
Basilicata	3	470	455	11	65	3	0
Calabria	13	2.662	2.397	51	329	19	0
Campania	17	6.082	7.188	360	874	195	3
Emilia-Romagna	12	2.795	2.884	117	1.347	38	6
Friuli Venezia Giulia	5	484	615	21	231	12	1
Lazio	14	5.114	5.600	390	2.417	49	5
Liguria	7	1.174	1.411	72	766	27	7
Lombardia	19	6.064	7.824	431	3.459	55	15
Marche	7	812	869	29	388	9	1
Molise	3	274	322	0	29	1	0
Piemonte	13	3.826	3.589	126	1.551	37	7
Puglia	11	2.377	3.280	173	559	78	1
Sardegna	12	2.774	1.839	35	440	18	2
Sicilia	23	5.926	5.962	122	1.179	86	7
Toscana	18	3.340	3.269	113	1.573	76	23
Trentino Alto Adige	2	509	289	20	209	2	1
Umbria	4	1.314	1.404	42	409	13	0
Valle D'Aosta	1	180	134	0	84	1	0
Veneto	10	1.956	2.475	120	1.361	38	11
Totale nazionale	202	49.635	53.623	2.304	17.462	770	92

(*) i detenuti in semilibertà sono compresi nel numero dei detenuti presenti

FONTE: DAP

La tabella 2 mette in evidenza il calo di sovraffollamento negli Istituti di Pena italiani dal 2010 al 2014.

A livello nazionale è stata raggiunta la percentuale del 103% di sovraffollamento nelle carceri, che, secondo una ricerca realizzata da Council of Europe Annual Penal Statistic⁶, rientra nella media europea di sovraffollamento che oscilla tra il 108% e il 130%.

Tab. 2 - Indice di sovraffollamento nazionale e regionale dati dal 2010 al 2014

Anno	Presenze		Capienza regolamentare		Indice di Sovraffollamento %	
	Nazionale	Regionale	Nazionale	Regionale	Nazionale	Regionale
2010	67.961	4.373	45.022	2.394	150,95	182,66
2011	66.897	4.000	45.700	2.453	146,38	163,06
2012	65.701	3.469	45.700	2.395	143,76	144,84
2013	62.536	3.687	47709	2.590	131,08	142,4
2014	53.623	2.884	49.635	2.795	108,00	103,20

Fonte: PRAP – Elaborazione RER SPA

Tab. 3 - Detenuti presenti, capienza regolamentare e Indice di sovraffollamento. Confronto tra la regione Emilia-Romagna e le altre regioni al 31.12.2014

Regione	Presenze	Capienza regolamentare	Indice di sovraffollamento %
Abruzzo	1.817	1.502	121
Basilicata	455	470	97
Calabria	2.397	2.662	90
Campania	7.188	6.082	118,20
Emilia-Romagna	2.884	2.795	103,20
Friuli Venezia Giulia	615	484	127
Lazio	5.600	5.114	109,50
Liguria	1.411	1.174	120,20
Lombardia	7.824	6.064	129
Marche	869	812	107
Molise	322	274	117,50
Piemonte	3.589	3.826	93,80
Puglia	3.280	2.377	138
Sardegna	1.839	2.774	66,30
Sicilia	5.962	5.926	100,60
Toscana	3.269	3.340	98
Trentino Alto Adige	289	509	57
Umbria	1.404	1.314	107
Valle d'Aosta	134	180	74
Veneto	2.475	1.956	126,50

Fonte: DAP – Elaborazione RER SPA

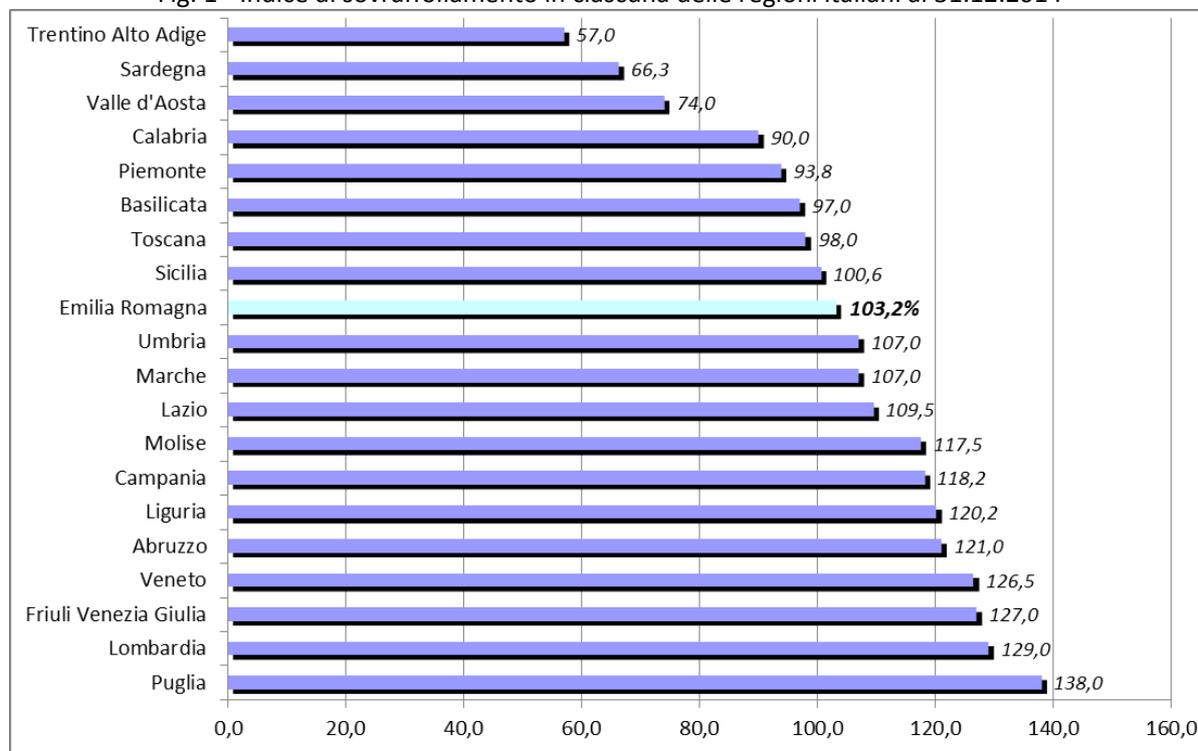
L'indice di sovraffollamento negli Istituti Penitenziari delle regioni italiane è diminuito rispetto agli anni precedenti, nel grafico (fig. 1) si evince che la regione Emilia-Romagna si attesta appena al di sopra della soglia massima consentita dalla presenza dei posti previsti, insieme a Sicilia, Umbria e Marche. Le regioni in

⁶ <http://wp.unil.ch/space/space-i/prison-stock-2014-2015/>.

cui non si registra sovraffollamento sono il Trentino Alto Adige, la Sardegna, la Valle d'Aosta, la Calabria, il Piemonte, la Basilicata, la Toscana e la Sicilia.

Tra le regioni in cui il tasso di sovraffollamento supera il 120% sono la Liguria, l'Abruzzo, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia e la Puglia con un tasso di sovraffollamento del 138%.

Fig. 1 - Indice di sovraffollamento in ciascuna delle regioni italiani al 31.12.2014



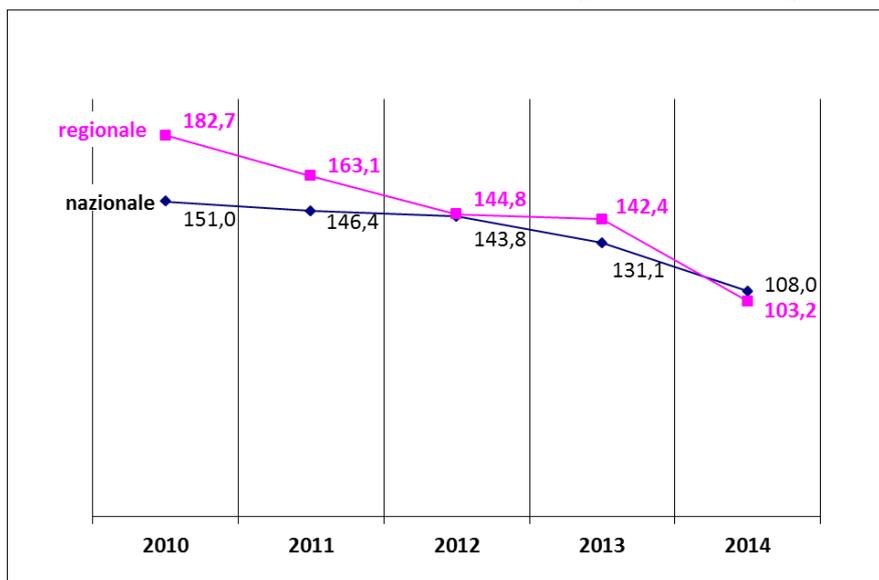
Fonte DAP - Elaborazione RER-SPA

A livello regionale il sovraffollamento degli Istituti di Pena regionali dal 2010 al 2013 è sempre stato superiore alla media nazionale. L'inversione di tendenza avviene nel 2014 dove si constata un calo di quasi cinque punti percentuali rispetto alla media nazionale (fig.2).

La costruzione di nuovi padiglioni all'interno degli Istituti Penitenziari regionali, gli effetti deflattivi delle norme entrate in vigore dal 2010⁷, la proficua collaborazione tra l'Amministrazione Penitenziaria regionale, la Regione Emilia-Romagna e gli Enti locali, sono all'origine del consistente calo di detenuti nelle carceri della nostra regione.

⁷ L. 199 del 26/11/2010; D.L. 22/12/2011 convertito in Legge n.9 del 17/2/2012; DL. 1/7/2013 n. 78 convertito in Legge n.94 del 9/8/2013; DL 23/12/2013 n.146 convertito in Legge n.10 del 21/2/2014; L.67/2014.

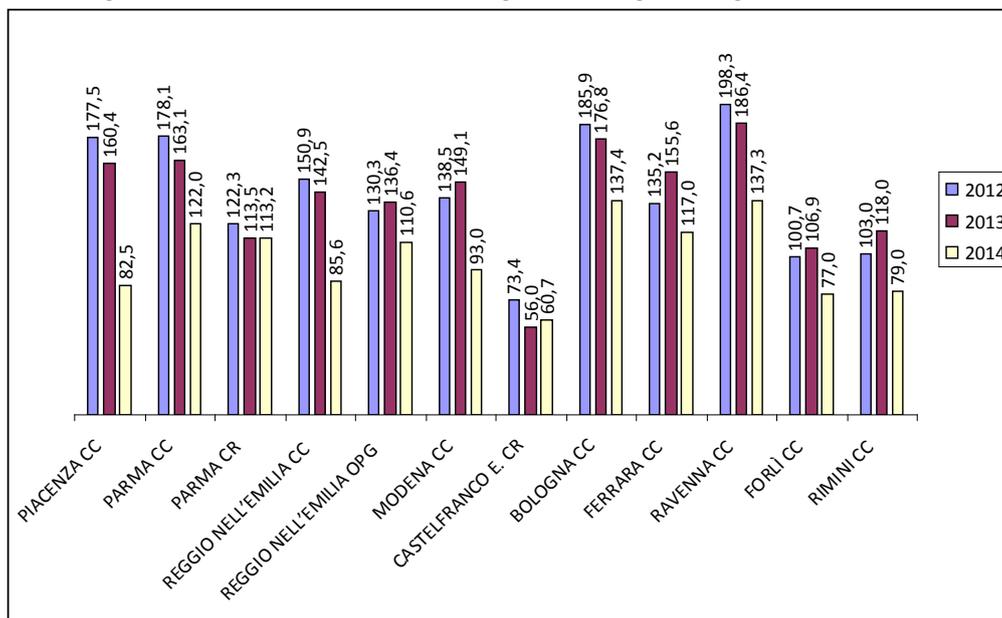
Fig. 2 - Indice di sovraffollamento nelle carceri Confronto tra regione Emilia-Romagna e Italia 2010-2014



Fonte: DAP –Elaborazione RER SPA

La figura 3 evidenzia il miglioramento della situazione in regione negli ultimi quattro anni anche grazie all'introduzione di progetti che hanno facilitato l'utilizzo di strumenti alternativi alla detenzione, insieme, come già sottolineato, agli effetti deflattivi delle norme introdotte dal 2010 a livello nazionale e al ricorso all'edilizia penitenziaria.

Fig. 3 - Indice di sovraffollamento degli IIPP in regione negli anni 2012-2014



Fonte PRAP – Elaborazione RER-SPA

Nel corso di tre annualità l'emergenza sovraffollamento in alcuni Istituti Penitenziari regionali si è ridimensionata in modo importante. Per l'Istituto Penale di Piacenza, che è passata dal 177,5% all'82,5%, ha sicuramente inciso la costruzione del nuovo padiglione. Gli Istituti di Pena di Parma, Bologna e Ravenna pur registrando un calo percentuale di sovraffollamento significativo rimangono tra i più affollati in regione.

Tab. 4 - Capienza regolamentare, detenuti presenti nelle carceri dell'Emilia-Romagna e indice di sovraffollamento al 31.12.2014

Istituto	Tipo	Capienza Regolamentare	Detenuti presenti		Indice di sovraffollamento (presenze su 100 posti)
			Totale	Di cui donne	
Piacenza	CC	399	329	13	82,5
Parma	CC	160	195	--	122,0
Parma	CR	303	343	--	113,2
Reggio nell'Emilia	CC	174	149	5	85,6
Reggio nell'Emilia	OPG	132	146	--	110,6
Modena	CC	373	347	21	93,0
Castelfranco E.	CR	168	102	--	60,7
Bologna	CC	492	676	60	137,4
Ferrara	CC	252	295	--	117,0
Ravenna	CC	59	81	--	137,3
Forlì	CC	144	111	18	77,0
Rimini	CC	139	110	--	79,0
Totale		2.795	2.884	117	

Fonte: PRAP – Elaborazione RER SPA

1.1 Popolazione detenuta straniera

A livello nazionale il 32,5% della popolazione carceraria è rappresentata da stranieri.

Tab. 5 - Detenuti presenti e detenuti stranieri presenti.
Confronto tra Emilia Romagna e Italia al 31.12.2014

Regione/Italia	Detenuti presenti	Di cui stranieri	%
Totale Istituti in Emilia Romagna	2.884	1.347	46,7
Totale Istituti in Italia	53.623	17.462	32,56

Fonte: DAP-PRAP

In Emilia-Romagna la **presenza di stranieri** negli Istituti penitenziari è molto più alta e rappresenta una media del 47%. Questa media viene superata di circa 20 punti percentuali nell'Istituto di Piacenza, e dai 7 agli 11 punti percentuali negli Istituti di Parma (CC), Modena, Bologna e Rimini.

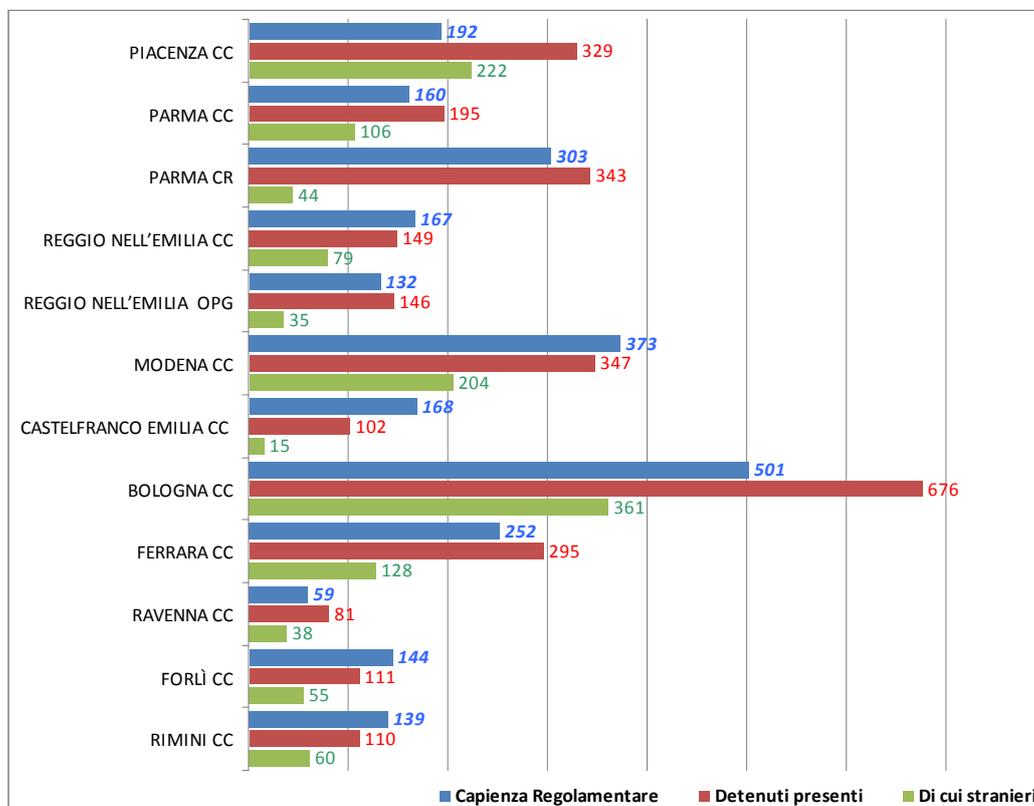
Tab. 6 - Presenza detenuti stranieri per Istituto al 31.12.2014 in Emilia-Romagna

Istituto	Tipo	Totale detenuti presenti	Detenuti stranieri	% detenuti stranieri
Piacenza	CC	329	222	67,5
Parma	CC	195	106	54,4
Parma	CR	343	44	12,8
Reggio nell'Emilia	CC	149	79	53,0
Reggio nell'Emilia	OPG	146	35	23,8
Modena	CC	347	204	58,8
Castelfranco Emilia	CR	102	15	14,7
Bologna	CC	676	361	53,4
Ferrara	CC	295	128	43,4
Ravenna	CC	81	38	47,0
Forlì	CC	111	55	49,5
Rimini	CC	110	60	54,5
Totale		2.884	1.347	46,70

Fonte: PRAP

Il grafico evidenzia, in percentuale, la presenza dei detenuti stranieri negli 11 Istituti di pena presenti nella nostra regione.

Fig. 4 - Composizione % detenuti stranieri diviso per Istituti Penitenziari al 31.12.2014 in Emilia-Romagna



Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

La presenza di detenuti stranieri negli Istituti Penitenziari della nostra regione è sempre stata più alta della media nazionale di circa 15 punti percentuali, dato, questo, costante negli anni. Tuttavia dalla tabella 7 si evidenzia negli ultimi tre anni un decremento della popolazione detenuta straniera sia a livello nazionale che a livello regionale di circa 5 punti percentuali.

Tab. 7 - Presenza e incidenza dei detenuti stranieri in Regione Emilia-Romagna e in Italia (2012-2014)

Anno di riferimento	Regione Emilia-Romagna		Italia	
	Presenza detenuti stranieri	% sul totale della popolazione	Presenza detenuti stranieri	% sul totale della popolazione
2012	1.716	51,2%	23.492	35,76
2013	1.950	52,9%	21.854	34,95
2014	1.347	46,7%	17.462	32,56

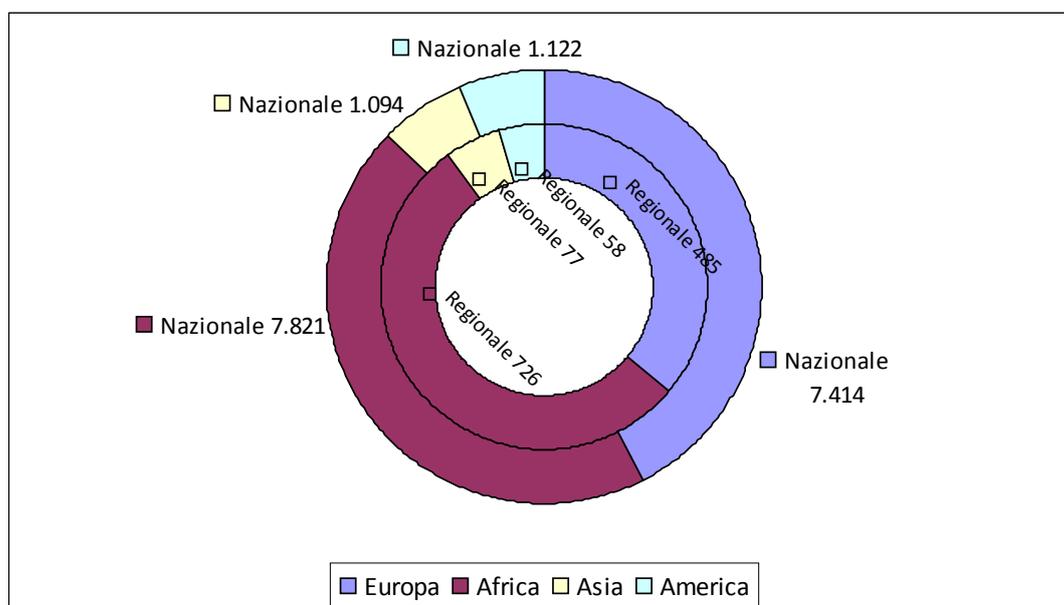
Fonte: DAP

Nelle carceri italiane sono presenti detenuti di ben 140 nazionalità diverse. Le più rappresentate sono quella marocchina (2.955 detenuti), albanese (2.437 detenuti) e tunisina (1.950 detenuti).

I detenuti provenienti da paesi africani rappresenta circa il 45% della popolazione straniera detenuta. Il 22% è rappresentato da persone provenienti da paesi dell'Unione Europea, Romania in particolare, mentre un altro 20% è rappresentato da popolazione di origine albanese, ex Jugoslavia ed altri paesi europei. Il restante 13% della popolazione straniera detenuta si divide tra Asia (circa 6%) e America (circa 7%), si precisa che la maggior parte della popolazione americana detenuta proviene dal sud America (798 su 1122).

Non si ravvisa in ambito regionale una significativa differenziazione delle provenienze per area geografica, se non una leggera sovra rappresentazione dei detenuti provenienti dall'Africa.

Fig. 5 - Provenienza dei detenuti per area geografica. Confronto tra Emilia-Romagna e Italia al 31.12.2014



Fonte: DAP - Elaborazione RER-SPA

La sottoscrizione di accordi bilaterali tra l'Italia e gli Stati di provenienza potrebbero permettere di far scontare ai condannati la pena nei loro paesi di provenienza. Anche se, oltre alla condivisione tra gli Stati, occorre il consenso da parte del detenuto straniero a scontare la pena nel suo paese. Infine, per scontare la

pena nel Paese d'origine serve una condanna definitiva, in tal senso si ricorda che gli stranieri detenuti in Italia con condanna definitiva rappresentano circa il 58% della popolazione straniera detenuta, ovvero circa il 19% del totale della popolazione detenuta. In Emilia Romagna i detenuti stranieri con condanna definitiva rappresentano circa il 54% della popolazione straniera detenuta, il 25% del totale della popolazione carceraria.

Nell'aprile 2014 sono state siglate due convenzioni tra il Ministro della Giustizia Andrea Orlando e il suo omologo marocchino Mustafa Ramid: una in materia di assistenza giudiziaria e di estradizione, l'altra in materia di trasferimento di detenuti condannati.

La prima consente di rafforzare il sistema di cooperazione e disciplina in maniera più sistematica i presupposti in presenza dei quali l'extradizione può essere concessa, quali il principio della doppia incriminazione.

La seconda Convenzione ha un particolare rilievo perché consente che i cittadini di ciascuno dei due Paesi contraenti, condannati in via definitiva e detenuti nell'altro Stato, possano essere trasferiti nei loro Paesi di origine per scontarvi la pena residua. La finalità della Convenzione è quella di favorire il reinserimento sociale della persona condannata, facendole scontare la pena nel luogo in cui ha legami sociali e familiari. Il trasferimento potrà avere luogo, previo consenso del detenuto, dopo una sentenza definitiva che abbia sancito una pena superiore ad un anno e se il fatto che ha dato luogo alla condanna costituisca un reato per entrambi gli Stati.

1.2 Composizione socio-demografica della popolazione detenuta

Per quel che riguarda la composizione della popolazione carceraria degli Istituti Penitenziari, a livello nazionale rileviamo che circa il 4% è residente in Emilia Romagna, mentre solo lo 0,9% della popolazione detenuta è nata nella nostra regione.

In merito alla distinzione per classi di età della popolazione detenuta negli Istituti di Pena in regione si evidenzia un generale invecchiamento.

Tab. 8 - Detenuti presenti nelle italiane al 31.12 del 2014 per classi d'età. Valori assoluti e %

Anno	Da 18 a 20 anni	Da 21 a 24 anni	Da 25 a 29 anni	Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 a 69 anni	70 e oltre	Non rilevato	Totale
2010	1.302	5.788	10.580	11.981	10.977	9.573	7.011	7.713	2.489	517	30	67.961
2011	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.897
2012	1.058	4.984	9.300	10.842	10.691	9.557	7.431	8.367	2.849	587	35	65.701
2013	910	4.371	8.578	10.200	9.970	9.157	7.319	8.472	2.943	597	19	62.536
2014	710	3.390	6.872	8.194	8.473	7.884	6.558	7.995	2.946	594	7	53.623

Fonte: DAP

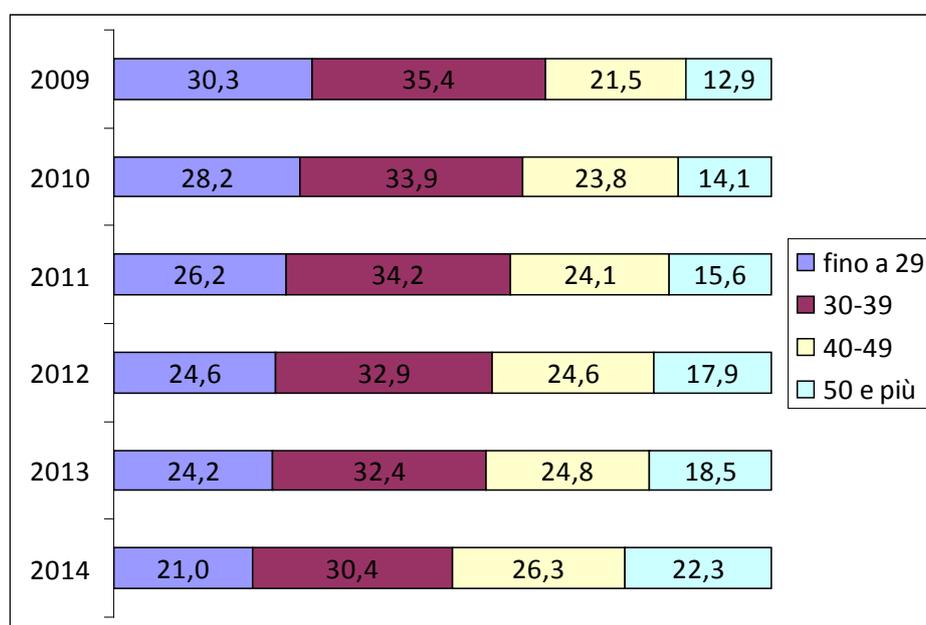
Dalla tabella 8 si nota infatti che dal 2010 al 2014 sono diminuiti in modo sensibile (50%) i detenuti nelle fasce di età comprese tra i 18 e i 24 anni, mentre è aumentata una popolazione detenuta compresa tra i 45 e gli ultra settantenni.

Anche negli Istituti di Pena in regione si evidenzia un generale aumento dell'età media, negli ultimi 6 anni, la popolazione detenuta sotto i 30 anni è scesa di circa 10 punti percentuali, scende, anche se di poco, il numero dei detenuti sotto i 40 anni, mentre sale quello dei detenuti nelle classi di età successive, analogamente a quanto avviene per l'intero Paese.

In regione, la presenza rilevante degli stranieri nelle carceri incide su un dato complessivo di una popolazione detenuta più giovane. La popolazione straniera detenuta è complessivamente più giovane di quella italiana. Oltre il 30% dei detenuti (italiani e stranieri) in regione ha un'età compresa tra i 30 e i 40 anni; a livello nazionale non si rilevano differenze sostanziali (31%). Gli stranieri, per questa fascia di età, rappresentano in regione oltre il 40%.

La figura 6 evidenzia che anche la popolazione straniera detenuta negli ultimi cinque anni ha subito un graduale invecchiamento; rispetto al 2010 ad esempio, i detenuti sotto i 29 sono passati dal 47% al 33% del totale dei detenuti stranieri presenti negli Istituti dell'Emilia Romagna.

Fig. 6 - Composizione % dei detenuti stranieri presenti nelle carceri dell'Emilia Romagna al 31.12 negli anni 2009-2014



Fonte PRAP – Elaborazione Emilia-Romagna – SPA

Per quel che riguarda lo stato civile, si rileva che oltre 47% dei detenuti stranieri in regione risultano celibi/nubili, la percentuale nazionale è di poco inferiore (46,5%). Circa il 24% risulta coniugato, circa il 4% è divorziato o separato legalmente, il 4,9% risulta convivente. Nel complesso la popolazione detenuta negli IIPP della regione risulta composta da: 41% celibi/nubili, 26% coniugato, 8,4% divorziato/separato, 8% convivente.

Questo dato ha una rilevanza sociale, se analizzato all'interno di un percorso di reinserimento nel tessuto territoriale di riferimento. Durante il periodo di detenzione o in fase di dimissioni, infatti, il recupero di reti affettive e familiari può incidere sul successo del percorso di inclusione sociale.

I paragrafi che seguono mettono in evidenza i dati relativamente al grado di istruzione, ai corsi scolastici e professionali e alle attività lavorative all'interno degli Istituti Penitenziari della regione e in Italia. Il confronto viene fatto estrapolando anche il dato relativo agli stranieri.

1.2.1 Grado di istruzione

Il dato sul grado di istruzione e sul livello di alfabetizzazione sia a livello nazionale che a livello regionale sembra di difficile rilevazione, considerato che risultano non rilevati il 44% dei detenuti presenti nelle carceri a livello nazionale e il 55% dei detenuti nella nostra regione.

Tuttavia, con i restanti dati è possibile osservare che il 2,1% dei detenuti presenti nelle carceri della regione è analfabeta, altrettanti sono privi di titolo di studio, il 16,3% ha la licenza elementare, circa il 62,5% possiede la licenza media inferiore, il 2,3% è in possesso di diploma di scuola professionale, il 12,3% ha un diploma di scuola media superiore e il 2,4% è in possesso di una laurea. Il dato che si discosta di più a livello nazionale è quello relativo alla licenza di scuola elementare che rappresenta il 20,5 della popolazione rilevata a livello nazionale, mentre nella nostra regione arriva solo al 16%. Tuttavia la nostra regione registra percentuali più alte di laureati (2,4 contro l'1,7) e diplomati (62,5 contro 59).

Tab. 9 - Detenuti per titolo di studio in Emilia-Romagna e in Italia al 31.12.2014

Titolo di studio	Emilia-Romagna		Italia	
	v.a.	%	v.a.	%
Laurea e post laurea	31	2,4	498	1,7
Diploma scuola media superiore	160	12,3	3.220	10,8
Diploma scuola professionale	30	2,3	389	1,3
Licenza scuola media inf.	811	62,5	17.715	59,3
Licenza scuola elementare	211	16,3	6.144	20,5
Privo di titolo di studio, sa leggere	27	2,1	1.316	4,4
Analfabeta	27	2,1	605	2
Totali rilevati	1.297	100,00	29.887	100,00

Fonte: DAP - PRAP

1.2.2 Corsi professionali

A livello nazionale, negli Istituti di pena, sono stati attivati 214 corsi professionali, con il coinvolgimento di 2.598 detenuti, di questi 599 sono stranieri. La percentuale di successo è stata di oltre il 55%. I corsi avviati con più frequenza sono stati quelli di cucina (40) di giardinaggio e agricoltura (24), edilizia (22) e di informatica (22).

In ambito regionale i corsi professionali attivati nel II semestre sono stati 12 e hanno coinvolto 133 detenuti, 55 dei quali stranieri. Sono stati svolti all'interno degli Istituti penali di Ravenna, Parma, Bologna, Modena e Castelfranco Emilia.

Rispetto ai corsi terminati nel corso del 2014, si evidenzia che quelli di cucina e ristorazione, attivati a Ravenna, Castelfranco Emilia e Bologna hanno registrato una percentuale di successo (detenuti promossi) che varia dal 75% di Castelfranco Emilia al 90% di Ravenna.

Il corso di igiene ambientale attivato nella Casa Circondariale di Bologna è terminato per tutti i 43 partecipanti con una percentuale di successo che è variata dal 52,9% al 91,7%.

Il corso di call center ha visto la sua conclusione con il 50% dei promossi.

Inoltre sono terminati alcuni corsi attivati nel semestre precedente: il corso di legatoria e tipografica a Parma, il corso di “elettrica” a Modena, ed edilizia a Rimini, quest’ultimo con una percentuale di successo pari al 100% degli iscritti.

Tab. 10 - Corsi professionali attivati nel II semestre 2014 negli II.PP. della Regione

Istituto	Tipo corso	Detenuti iscritti			Di cui stranieri		
		U	D	TOT	U	D	TOT
Ravenna	Cucina e ristorazione	10	0	10	4	0	4
Parma	Agroalimentare	12	0	12	0	0	0
	Cucina e ristorazione	12	0	12	1	0	1
CC Bologna	Cucina e ristorazione		8	8	0	2	2
	Operatore call center	6	0	6	1	0	1
	Igiene e ambiente	43	0	43	30		30
CC Modena	Operatore di abbigliamento	0	7	7	0	6	6
CL Castelfranco E.	Giardinaggio e agricoltura	10	0	10	3	0	3
	Cucina e ristorazione	20	0	20	6	0	6
	Elettrica	5	0	5	2	0	2
Totale		118	15	133	47	8	55

Fonte: PRAP

1.2.3 Corsi scolastici

Negli Istituti Penitenziari presenti in regione sono stati attivati 83 corsi scolastici che nel 2014 hanno coinvolto 1211 detenuti. Dei detenuti iscritti 46 sono donne, e rappresentano il 39% delle detenute presenti negli Istituti Penitenziari in Regione. La maggior parte dei corsi sono frequentati da detenuti stranieri (80%) con una percentuale di successo scolastico di circa il 40%.

I corsi di alfabetizzazione prevalgono rispetto agli altri corsi attivati negli Istituti Penitenziari della Regione, si nota tuttavia un incremento, rispetto agli anni passati dei corsi per il conseguimento della licenza della scuola secondaria di primo grado.

Tab. 11 - Corsi scolastici. Anno Scolastico 2013/2014

Corsi scolastici	Numero corsi	Numero di iscritti		
		Totale	di cui	
			donne	Stranieri
CILS (ex Alfabetizzazione stranieri)	25	354	12	349
CA (Scuola primaria)	10	197	4	146
CSI (Scuola secondaria 1° grado)	24	377	30	307
CSS (Scuola secondaria 2° grado)	21	225	0	115
CBM Corsi non rientranti nei precedenti	3	58	0	53
Totali iscritti a corsi scolastici - Regionale	83	1.211	46	970

Fonte: PRAP - Elaborazione RER-SPA

1.2.4 Condizione lavorativa

L'analisi della condizione lavorativa prima della detenzione risulta difficile, sia a livello regionale che a livello nazionale. Infatti, a livello regionale, per oltre il 75% non è stato possibile accertare la collocazione in una delle voci previste dalla rilevazione, la percentuale si abbassa al 68% a livello nazionale.

Il resto della popolazione detenuta risulta per oltre il 14% disoccupata, dato regionale che sale a livello nazionale a oltre il 18%. Poco più del 6% dei detenuti in regione risulta essere occupato al momento dell'arresto, la percentuale sale all'8,5% a livello nazionale.

Tab. 12 - Condizione lavorativa dei detenuti italiani e stranieri in Emilia-Romagna e in Italia al 31.12.2014

Condizione lavorativa	Emilia-Romagna		Italia	
	v.a.	%	v.a.	%
Occupato	199	6,9	4.568	8,5
Disoccupato	420	14,6	9.794	18,2
In cerca di occupazione	22	0,9	550	1,1
Casalinga	4	0,1	462	0,9
Studente	3	0,1	84	0,15
Ritirato dal lavoro	3	0,1	8	0,01
Pensionato	36	1,2	607	1,13
Altra condizione	15	0,5	877	1,63
Non rilevato	2.182	75,6	36.671	68,38
Totali		100		100

Fonte: PRAP

Il lavoro, negli Istituti Penitenziari, rappresenta un elemento fondamentale del percorso trattamentale. L'attività lavorativa in carcere ha essenzialmente due finalità: rispettare il principio costituzionale di dignità e umanità della pena ed offrire alla persona detenuta percorsi lavorativi adeguati per un efficace reinserimento sociale.

Nell'anno 2014, negli Istituti Penitenziari della regione, hanno lavorato alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria 716 persone. Circa il 48% dei detenuti lavoratori negli Istituti Penitenziari della regione è straniero. Si registra un aumento rispetto all'anno precedente in cui i lavoratori alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria sono stati 595. Sono diminuiti invece i detenuti che hanno lavorato per

datori di lavoro esterni, imprese e cooperative, passando da 135 nel 2013 a 118 nel 2014, di questi 34 sono stranieri.

Il lavoro alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria consiste principalmente in lavori di manutenzione ordinaria dei fabbricati, servizi di istituto, lavorazioni interne (vivai e tenute agricole) e di servizi extramurari in art.21⁸.

I lavori si dividono in lavorazioni interne per conto di imprese e/o cooperative o lavori esterni che riguardano i semiliberi (che lavorano in proprio o per conto di datori di lavoro esterni) o in art.21.

A livello nazionale su una popolazione carceraria di 53.623 detenuti lavora poco più del 22% alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria e poco più del 4% per altri datori di lavoro o in proprio. Stessa percentuale (4%) la ritroviamo a livello regionale, mentre è più alta la percentuale dei detenuti che lavora alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria che si attesta intorno al 25%.

Tab. 13 - Riepilogo detenuti lavoranti in Emilia-Romagna e in Italia al 31.12.2014

Regione di detenzione	Detenuti lavoranti alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria					Totale	Detenuti lavoranti non alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria					Totale
	Lavorazioni	Colonie agricole	Servizi d'istituto	Manutenzione ordinaria fabbricati	Servizi extramurari (ex art.21 L. 354/75)		Semiliberi		Servizi extramurari (ex art.21 L. 354/75)	Lavoranti in istituto per conto di:		
							in proprio	per datori esterni		Imprese	Coop. ve	
Emilia-Romagna	19	0	617	43	37	716	0	36	44	20	18	118
	2,7	0,0	84,5	5,7	7,1	100,0	0,7	23,7	45,2	18,5	11,9	100,0
Italia	542	155	10.185	771	573	12.226	36	584	639	358	707	2.324
	4,1	1,6	82,4	5,9	6,0	100,0	2,2	30,4	25,9	10,4	31,1	100,0

Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

1.2.5 Suicidi in carcere

La situazione di disagio in cui si trova la persona ristretta, aggravata dal sovraffollamento e dall'inadeguatezza delle strutture carcerarie, è tragicamente testimoniata dal fenomeno dell'elevato tasso di suicidi soprattutto se paragonato al tasso di suicidi fuori dagli Istituti Penitenziari⁹.

Negli Istituti di Pena italiani nel 2014 ci sono stati 43 suicidi tra i detenuti, se si escludono i casi di decessi ancora in via di accertamento; si nota una diminuzione rispetto al 2012, in cui i decessi per suicidio sono stati 56, mentre rispetto allo scorso anno si registra il suicidio di una persona in più.

In regione, in particolare rispetto al 2013 si registra un suicidio, mentre nel 2012 sono stati 3 i casi di persone detenute che si sono suicidate in carcere in regione.

⁸ Art.21 Ordinamento Penitenziario: non si tratta di una vera misura alternativa alla detenzione ma di un beneficio, concesso dal direttore dell'Istituto di pena, che consiste nella possibilità di uscire dal carcere per svolgere un'attività lavorativa, anche autonoma (art. 48, comma 12, N.E.), oppure per frequentare un corso di formazione professionale (art. 21 O.P., comma 4 bis). La legge 8 marzo 2001, NT 40, ha introdotto la possibilità di ammettere al lavoro esterno le madri di bambini di età inferiore ai 10 anni (o i padri, se la madre è deceduta, o impossibilitata), per prestare assistenza ai figli (art. 21 bis O.P.).

⁹ Sono consultabili gli studi sui siti: www.rristrettiorizzonti.it e U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics <http://www.bjs.gov/>.

Tab. 14 - Numero di suicidi in Regione e in Italia negli Istituti Penitenziari dal 2009 al 2014

Anno	Emilia-Romagna	Italia
2009	4	72
2010	4	66
2011	6	63
2012	3	56
2013	-	42
2014	1	43

Fonte: DAP-PRAP

I casi di autolesionismo rispetto al 2013 sono aumentati di oltre 50 unità, mentre si registra una lieve diminuzione dei tentativi di suicidi che passano da 126 del 2013 a 107 del 2014, così come i decessi per cause naturali scendono di due unità.

Tab. 15 - Autolesionismo e decessi in Regione negli Istituti Penitenziari nel 2014

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Decessi per cause naturali
Piacenza	220	13	1
Parma Cc	40	23	3
Parma	--	--	--
Reggio nell'Emilia Cc	17	2	--
Reggio nell'Emilia Opg	46	14	2
Modena	154	19	--
Castelfranco Emilia	3	2	--
Bologna	252	17	1
Ferrara	29	2	--
Ravenna	15	2	--
Forlì	10	1	--
Rimini	79	12	--
Totale	865	107	7

Fonte: DAP-PRAP

2. Tipologia di reato

In linea con i dati degli anni precedenti, negli Istituti penali dell'Emilia Romagna si contano condannati principalmente per reati contro il patrimonio, contro la persona e contro la legge sulla droga, questi ultimi commessi principalmente da stranieri.

I reati contro la pubblica amministrazione, per associazione di stampo mafioso e "legge armi"¹⁰ riguardano prevalentemente la popolazione detenuta italiana.

Dai dati messi a disposizione dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (Dap) emerge che poco più di un reato su quattro è commesso da stranieri (circa il 28%)¹¹. L'incidenza è molto alta tra i reati legati alla

¹⁰ Legge 18 aprile 1975 n.110 e ss.mm.

¹¹ Si veda il sito giustizia.it.

legge sull'immigrazione (91%) e alla prostituzione (circa 78%). Il 40% dei detenuti in carcere per produzione e spaccio di stupefacenti è costituito da stranieri. Il 38% dei reati contro la Pubblica Amministrazione è commesso da stranieri. Incidenza che scende intorno al 31% esaminando i reati contro la persona, al 29% per i reati contro il patrimonio e al 9% per i reati legati alle armi.

In regione il 55% dei detenuti stranieri è in carcere per reati legati alla droga¹², il 40% per reati contro il patrimonio, l'86% per reati legati alla legge sull'immigrazione e il 79% per reati legati allo sfruttamento della prostituzione.

Tab. 16 - Detenuti per cittadinanza, genere e tipologia principale di reato in Italia al 31.12.2014

Tipologia di reato	Detenuti Italiani + Stranieri			Detenuti Stranieri		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
Contro il patrimonio	1.062	29.225	30.287	364	7.776	8.140
Contro la persona	770	21.397	22.167	289	6.355	6.644
Legge armi	119	10.059	10.178	16	891	907
Legge droga ¹³	789	18.157	18.946	282	6.465	6.747
Fede pubblica	175	4.050	4.228	62	1.408	1.470
Contro la pubblica amministrazione	136	6.858	6.994	42	2.472	2.514
Prostituzione	103	737	840	93	561	654
Legge stranieri	49	1.256	1.305	45	1.162	1.207
Associazione di stampo mafioso (416bis)	147	6.756	6.903	7	101	108

Fonte: DAP

Tab. 17 - Detenuti per cittadinanza e tipologia di reato in Emilia-Romagna al 31.12.2014

Tipologia di reato ¹⁴	Detenuti negli IIP regionali	
	Italiani + stranieri	Stranieri
Contro il patrimonio	1.652	600
Contro la persona	1.371	569
Legge armi	428	99
Legge droga	951	525
Fede pubblica	287	117
Contro la pubblica amministrazione	442	215
Prostituzione	54	43
Legge stranieri	43	37
Associazione di stampo mafioso (416bis)	264	8

Fonte: DAP

¹² DPR 309/90 Testo unico in materia di stupefacenti.

¹³ Si rimanda al sito giustizia.it.

¹⁴ Vedi sito giustizia.it.

2.1 Posizione giuridica dei detenuti

Dalla tabella 18 si rileva che gli imputati in attesa di una sentenza definitiva (comprese le persone in attesa del primo giudizio) rappresentano a livello regionale il 32% della popolazione detenuta. A livello nazionale la percentuale sale a oltre il 34%, in entrambi i casi si registra un calo rispetto al 2013 in cui i detenuti in attesa di una condanna definitiva rappresentavano il 36,5% e nel 2012 il 40% della popolazione detenuta.

Il 44% degli stranieri presenti nelle carceri della nostra regione sono in attesa di giudizio (imputati), ad incidere su questo dato, seppur diminuito di circa due punti percentuali rispetto all'anno precedente, è sicuramente l'assenza di un domicilio o di una residenza certa in cui sia possibile attendere una sentenza definitiva.

Tab. 18 - Posizione giuridica dei detenuti in Italia e in Regione Emilia-Romagna (italiani e stranieri) al 31.12.2014

Posizione giuridica	Regione Emilia-Romagna				Italia	
	Totale	%	Stranieri	%	Totale	%
Imputati	923	32,00	588	44,00	18.475	34,46
Condannati	1.776	61,58	727	54,00	34.033	63,47
Internati	184	6,39	32	2,00	1.072	1,99
Da impostare	1	0,03	0	--	43	0,08
Totali detenuti	2884	100	1.347	100	53.623	100

Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

Negli Istituti Penitenziari della nostra regione poco meno del 62% dei detenuti ha una condanna definitiva, la percentuale aumenta di circa 1 punto e mezzo percentuale a livello nazionale.

I detenuti presenti nelle carceri della regione hanno per circa il 48% pene inflitte al di sotto dei 5 anni.

Il calo delle pene brevi evidenziato dalla serie storica (cfr. tab. n.19) ha avuto una inversione di tendenza nel 2013, in cui si registra un aumento sia delle pene brevi sia delle condanne a medio e lungo termine. Nel 2014 si registra nuovamente un calo per quel che riguarda le pene da zero a dieci anni mentre sono in aumento pene oltre i 20 anni e l'ergastolo.

Tab. 19 - Detenuti presenti condannati (con almeno una condanna definitiva) nelle carceri dell'Emilia-Romagna al 31.12 degli anni dal 2009 al 2014 per pena inflitta

	da 0 a 1 anni	da 1 a 2 anni	da 2 a 3 anni	da 3 a 5 anni	da 5 a 10 anni	da 10 a 20 anni	oltre 20 anni	ergastolo	Totale
2009	229	260	260	402	319	216	106	90	1.882
2010	263	249	241	441	416	236	113	92	2.051
2011	188	216	237	440	454	270	111	107	2.023
2012	159	238	243	382	415	231	97	108	1.873
2013	179	255	281	418	462	287	112	117	2.111
2014	118	180	187	363	410	266	127	125	1.776

Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

La tabella 20 riporta i dati relativi ai condannati per pena residua.

In regione, a fronte di una popolazione carceraria di 2.884 persone, 1.776 risultano con almeno una condanna definitiva (61,58%), di queste poco meno del 44% risulta con una pena residua sotto i 5 anni, poco meno a livello nazionale (42,9%).

Gli stranieri con pene residue al di sotto dei 5 anni rappresentano poco più dell'83% della popolazione straniera con condanna definitiva residente negli IIPP della nostra regione, il dato sale a poco più di un punto percentuale a livello nazionale.

Tab. 20 - Detenuti presenti condannati (con almeno una condanna definitiva)
per *pena residua* italiani e stranieri nelle carceri regionali e nazionali al 31.12.2014

Detenuti	fino a 1 anno	da 1 a 2 anni	da 2 a 3 anni	da 3 a 5 anni	da 5 a 10 anni	da 10 a 20 anni	oltre 20 anni	ergastolo	Totale
Italiani e stranieri									
Emilia-Romagna	471	314	213	267	242	112	32	125	1.776
Nazionale	1.679	2.498	3.383	7.053	9.768	5.888	2.180	1.584	34.033
Stranieri									
Emilia-Romagna	287	154	106	81	70	18	5	6	727
Nazionale	3.328	2.272	1.474	1.456	1.026	394	68	86	10.104

Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

3. Misure alternative alla detenzione

Le misure alternative alla detenzione consistono nell'espiazione della pena, per il tempo corrispondente alla condanna in esecuzione, e secondo le prescrizioni previste dall'Autorità Giudiziaria, al di fuori dell'Istituto Penitenziario; prescrizioni che incidono sull'autonomia della persona.

Questa modalità di espiazione della pena è stata introdotta dall'Ordinamento Penitenziario con la Legge 354/75.

La competenza a decidere sulla concessione di queste misure è affidata al Magistrato o al Tribunale di Sorveglianza che, in presenza di determinati requisiti, dispone la misura alternativa alla detenzione.

La L.67 del 28.4.14 ha introdotto l'istituto della sospensione del processo con messa alla prova che affianca alle nuove pene non detentive una forma di probation. Tale disciplina è collocata nel codice penale, ai nuovi articoli 168 bis, 168 ter e 168 quater e nel codice di procedura penale nei nuovi artt.464 bis, 464 ter e 464 quater.

La sospensione del procedimento con messa alla prova è chiesta dal soggetto ed è disposta quando il giudice ritiene che l'imputato si asterrà dal commettere ulteriori reati e reputa idoneo il programma di trattamento, trasmesso dall'UEPE in accordo con l'utente.

Gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), sono stati istituiti con la legge di riforma penitenziaria n. 354 del 1975 in quanto uffici periferici del Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Essi operano con il coordinamento dei Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, si occupano delle persone che devono scontare una condanna penale, sostitutiva, di sicurezza e di soggetti in messa alla prova, agiscono come nodi territoriali dei servizi della giustizia. Sono collocati quasi in tutt'Italia ed a livello provinciale contribuiscono a realizzare le politiche finalizzate a garantire maggiore sicurezza alla comunità.

L'UEPE, su richiesta dell'Autorità giudiziaria, degli Istituti Penitenziari o di altri UEPE del territorio nazionale, svolge indagini di servizio sociale per conoscere la realtà personale, familiare, lavorativa delle persone

sottoposte ad una condanna o a misure di sicurezza. Si tratta di dati utili per decidere sull'applicazione delle misure alternative alla detenzione, o sulle misure restrittive della libertà, o sul programma di trattamento.

Gli operatori UEPE (prevalentemente Assistenti Sociali) incontrando gli utenti sia in ufficio, sia sul posto di lavoro, sia in famiglia, e quando richiesto in Istituto Penale. Seguono l'esecuzione della pena, detentiva e non, e realizzano interventi di aiuto e controllo in modo che la pena sia calibrata sulle esigenze della persona. Gli UEPE realizzano collegamenti con altri servizi del territorio.

Le finalità dell'UEPE sono:

- sostenere la persona durante l'espiazione della pena dentro e/o fuori dal carcere;
- verificare che l'esecuzione della pena si svolga secondo le regole stabilite dall'Autorità giudiziaria;
- stimolare la persona ad essere più consapevole dei suoi doveri e diritti di cittadino;
- favorire il reinserimento nella società di coloro che hanno commesso reati in modo da limitare la possibilità di recidiva;
- contribuire a migliorare la sicurezza sociale.

Il personale è composto da dirigenti, assistenti sociali, esperti (psicologi), collaboratori amministrativi, contabile, e unità di polizia penitenziaria.

La competenza degli UEPE riguarda infatti:

attività di indagine, consulenza alla Magistratura di Sorveglianza e Magistratura Ordinaria sulla situazione familiare, sociale e lavorativa, prognosi di reinserimento delle persone condannate richiedenti una misura alternativa o imputati richiedenti la Messa alla Prova

collaborazione alle attività di osservazione e trattamento rieducativo dei detenuti;

attività di aiuto e controllo delle persone sottoposte a misura alternativa alla detenzione, alla libertà vigilata ed alle sanzioni sostitutive.¹⁵

Le misure alternative maggiormente applicate sono **l'affidamento in prova al servizio sociale**, la **detenzione domiciliare** e **l'affidamento** di soggetti in Messa alla prova (art 168 bis c.p.)

Affidamento in prova al servizio sociale: è la misura alternativa alla detenzione che prevede che gli affidati scontino la condanna presso il proprio domicilio o altra soluzione abitativa. Questa misura è finalizzata al reinserimento sociale; ad essa possono essere ammessi i condannati con una pena o un residuo di pena inferiore ai tre anni (inferiore ai quattro anni quando si tratta di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti).

Detenzione domiciliare: è prevista dall'ordinamento Penitenziario (L.354/75) e successive modifiche. La misura consiste nell'esecuzione della pena nella propria abitazione o in altro luogo privato o pubblico, di cura, di assistenza e di accoglienza.¹⁶ Possono essere ammessi i condannati con una pena (o un residuo di pena) inferiore ai due anni e, in caso di particolari necessità famigliari, di lavoro, i condannati con pena inferiore ai quattro anni.

Semilibertà: la misura viene concessa dal Tribunale di Sorveglianza e viene eseguita presso il carcere della zona dove si trova il semilibero. Possono ottenerla i condannati che abbiano scontato almeno metà della pena (i due terzi, se detenuti per reati gravi). "Il regime di semilibertà consiste nella concessione al condannato e all'internato di trascorrere parte del giorno fuori dell'istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale" (art.48, L.354/75).

Libertà vigilata: è una modalità di esecuzione della pena a seguito di:

¹⁵ Fonte DAP www.giustizia.it.

¹⁶ Fonte DAP www.giustizia.it.

- liberazione condizionale: si conclude la condanna all'esterno del carcere in regime di libertà vigilata;
- licenze giornaliere, trattamentali o licenze finali: persone soggette a misura di sicurezza detentiva (OPG o Casa di Lavoro);
- ammissione a misura di sicurezza non detentiva.

Le persone in libertà vigilata sono periodicamente sottoposte al riesame della pericolosità sociale per valutarne la prosecuzione o la revoca. L'UEPE ha il compito di aggiornare il Magistrato di Sorveglianza con relazione scritta per definire un progetto di reinserimento sociale che favorisca la riduzione del rischio di comportamenti antisociali.

Nei confronti dei sottoposti alla libertà vigilata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 228 del codice penale¹⁷, il servizio sociale penitenziario svolge interventi di sostegno e di assistenza al fine del loro reinserimento sociale.

Legge 67/2014 Messa alla Prova: la disciplina del nuovo Istituto riguarda i procedimenti per reati puniti con la pena pecuniaria o con la pena detentiva non superiore nel massimo a quattro anni. È subordinata alla prestazione di un lavoro di pubblica utilità, e comporta l'affidamento al servizio¹⁸ sociale (art 168 bis c.p.) per lo svolgimento di un programma fondato sull'impegno ad agire condotte volte all'eliminazione delle conseguenze dannose derivanti dal reato.

"All'istanza è allegato un programma di trattamento, elaborato d'intesa con l'ufficio di esecuzione penale esterna" (Art. 464-bis) che deve prevedere :

- l'esecuzione del lavoro di pubblica utilità come attività obbligatoria
- l'attuazione di condotte riparative

il risarcimento del danno cagionato e, ove possibile, l'attività di mediazione con la vittima del reato

Il Ministro della Giustizia Orlando ha firmato il Regolamento che disciplina le convenzioni che il Ministero della giustizia o, su delega il Presidente del Tribunale, può stipulare con gli enti o le organizzazioni di cui al terzo comma dell'art. 168-bis del codice penale.

In forza di questo Regolamento gli UEPE sono chiamati ad effettuare:

- accertamenti sulla regolarità della prestazione non retribuita;
- comunicazione al giudice nei casi in cui l'amministrazione, l'organizzazione o l'ente non sia convenzionato o abbia cessato la propria attività durante l'esecuzione del provvedimento di messa alla prova;
- comunicazioni al giudice circa l'impedimento allo svolgimento della prestazione di pubblica utilità dipendente da temporanea impossibilità dell'ente ospitante a riceverla in un determinato giorno od orari.

In Emilia-Romagna sono stati sottoscritti cinque Protocolli per lo svolgimento della Messa alla Prova fra la direzione dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Reggio Emilia ed i presidenti dei Tribunali di Piacenza Parma e di Reggio Emilia, Bologna e Modena.

In relazione all'efficacia delle pene alternative e al fenomeno della recidiva, da una ricerca del 2007 realizzata dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria emerge che il detenuto a cui viene concessa una misura alternativa al carcere, ha una recidività minore rispetto a chi sconta la propria pena all'interno di una cella. Nello specifico, la recidiva, trascorsi sette anni dalla conclusione della pena, si colloca intorno al 19% in caso di pena alternativa, mentre raggiunge il 68,4% quando la stessa viene eseguita in carcere.

¹⁷ Art 228 C.P. (...)Alla persona in stato di libertà vigilata sono imposte dal giudice prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati. Tali prescrizioni possono essere dal giudice successivamente modificate o limitate. La sorveglianza deve essere esercitata in modo da agevolare, mediante il lavoro, il riadattamento della persona alla vita sociale. La libertà vigilata non può avere durata inferiore a un anno.

¹⁸ Diverso da quello previsto dall'ART 47 legge 354/75.

Negli ultimi anni, come viene evidenziato dalla tabella 20, di fonte ministeriale, si registra un aumento delle misure alternative alla detenzione.

Negli ultimi sei anni sono triplicate le misure alternative alla detenzione, in particolare sono duplicati gli affidamenti in prova pervenuti nel periodo dal 2008 al 2014, mentre è addirittura quintuplicata la detenzione domiciliare.

Tab. 21 - Andamento misure alternative dal 2008 al 2014 (Italia)

ANNO	Affidamento in prova	Semilibertà	Detenzione domiciliare	Totali nell'anno
	totale nel periodo	totale nel periodo	totale nel periodo	
2008	8.816	1.522	4.983	15.321
2009	12.840	1.661	7.778	22.279
2010	17.032	1.851	12.539	31.422
2011	19.229	1.832	20.314	41.375
2012	20.152	1.714	24.112	45.978
2013	22.357	1.616	26.700	50.673
2014	24.439	1.530	25.523	51.492

Fonte: PRAP – Elaborazione RER SPA

Le donne condannate in esecuzione penale esterna in Italia nel 2014 state 4.126 l'anno prima 3.697 e rappresentano circa l'8% della popolazione condannate in misura alternativa alla detenzione.

Tab. 22 - Misure alternative ripartite per sesso- 2014 - Dati nazionali

TIPOLOGIA	Uomini	Donne	TOTALE
Affidamento in prova			
Condannati dallo stato di LIBERTÀ'	10.788	1.110	11.898
Condannati dallo stato di DETENZIONE	5.109	378	5.487
Condannati in misura provvisoria	387	42	429
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di LIBERTÀ'	1.732	167	1.899
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di DETENZIONE	3.434	118	3.552
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI in MISURA PROVVISORIA	1.032	41	1.073
Condannati AFFETTI da AIDS	90	11	101
Totale	22.572	1.867	24.439
Semilibertà			
Condannati dallo stato di LIBERTÀ'	127	3	130
Condannati dallo stato di DETENZIONE	1.356	44	1.400
Totale	1.483	47	1.530
Detenzione domiciliare			
Condannati dallo stato di LIBERTÀ'	8.115	885	9.000
Condannati dallo stato di DETENZIONE	9.622	778	10.400
Condannati in MISURA PROVVISORIA	5.467	509	5.976
Condannati AFFETTI da AIDS	96	9	105
Condannati MADRI/PADRI	11	31	42
Totale	23.311	2.212	25.523

Fonte: DAP-UEPE

La tabella 23 evidenzia, inoltre, che al Nord si concentra la più alta percentuale di misure alternative, più del doppio rispetto al Centro. Un contributo significativo a questa rilevante differenza lo ha dato sicuramente l'Emilia-Romagna attraverso azioni mirate ad implementare in generale ogni forma di misura alternativa. Particolarmente utile è stata la proficua collaborazione tra il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e la Regione Emilia-Romagna che ha portato all'elaborazione di progetti ed accordi finalizzati al reinserimento socio-lavorativo delle persone detenute. Per un approfondimento in questo senso si rimanda alla parte relativa alle politiche sociali della Regione Emilia-Romagna.

Tab. 23 - Dati ripartiti per zone geografiche degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna.
Anno 2014 – Dati nazionali

TIPOLOGIA	NORD	CENTRO	SUD	TOTALE
Affidamento in prova				
Condannati dallo stato di libertà	4.578	2.864	4.456	11.898
Condannati dallo stato di detenzione*	2.255	906	2.326	5.487
Condannati in misura provvisoria	215	89	125	429
Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di libertà	886	447	566	1.899
Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di detenzione*	1.792	573	1.187	3.552
Condannati tossico/alcooldipendenti in misura provvisoria	668	137	268	1.073
Condannati affetti da aids	34	38	29	101
Totale	10.428	5.054	8.957	24.439
Semilibertà				
Condannati dallo stato di LIBERTA'	22	35	73	130
Condannati dallo stato di DETENZIONE	391	250	759	1.400
Totale	413	285	832	1.530
Detenzione domiciliare				
Condannati dallo stato di LIBERTA'	3.197	2.080	3.723	9.000
Condannati dallo stato di DETENZIONE	3.912	2.042	4.446	10.400
Condannati in MISURA PROVVISORIA	2.850	1.135	1.991	5.976
Condannati AFFETTI da AIDS	22	54	29	105
Condannate MADRI/PADRI	11	17	14	42
Totale	9.992	5.328	10.203	25.523

Fonte: DAP-UEPE

3.1 Sanzioni sostitutive

Secondo l'articolo 53 della legge 689/1981 se il giudice, nel pronunciare la sentenza di condanna, ritiene di dover determinare la pena detentiva entro il limite di 2 anni, può sostituirla con quella della semidetenzione. Se ritiene di doverla determinare entro il limite di un anno può sostituirla anche con la libertà controllata, se entro il limite di 6 mesi può sostituirla anche con la pena pecuniaria.

Il lavoro di pubblica utilità (Lpu), rappresenta una sanzione sostitutiva della pena detentiva attraverso la prestazione di un'attività di volontariato non retribuita a favore della collettività. Questo tipo di misura, prevista per la prima volta con la legge sulla droga del 1990, sta conoscendo dal 2010 un incremento sostanzioso avendo ampliato la sua possibilità di applicazione.

Si tratta di una soluzione molto vantaggiosa per il condannato: permette di non dover pagare l'ammenda, di non scontare la pena in carcere ma soprattutto di mantenere pulita la fedina penale. Secondo i dati

dell'Ufficio esecuzione penale esterna (Uepe) del ministero della Giustizia le persone ammesse ai lavori di pubblica utilità dall'entrata in vigore della legge 199/2010 (dicembre 2010) al 31.12.2014 sono state in tutta Italia 15.814, 2.770 solo nel 2014.

In Emilia-Romagna sono state 474, di questi circa il 50% è straniero e poco più del 10% è donna. La maggior parte dei casi riguarda persone che hanno violato il codice della strada e sono state condannate per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicotrope (articolo 186 del Codice della strada).

Tab. 24 - Numero detenuti usciti dagli istituti penitenziari per effetto della legge 199/2010.
Aggiornamento al 31 dicembre 2014 dall'entrata in vigore (dicembre 2010)

Regione di detenzione	detenuti usciti ex L.199/2010		di cui stranieri	
	totale	donne	totale	donne
Abruzzo	567	37	94	3
Basilicata	76	10	7	2
Calabria	429	16	46	3
Campania	1.355	109	87	14
Emilia-Romagna	474	48	236	20
Friuli Venezia Giulia	235	22	72	6
Lazio	1.472	65	444	36
Liguria	486	27	193	14
Lombardia	2.448	220	1.107	141
Marche	182	9	48	1
Molise	131		7	
Piemonte	1.356	85	599	41
Puglia	1.143	48	90	13
Sardegna	726	35	198	19
Sicilia	1.736	47	170	7
Toscana	1.401	99	705	44
Trentino Alto Adige	201	20	80	5
Umbria	306	27	83	10
Valle d'Aosta	69		30	
Veneto	1.021	102	461	40
Totale nazionale	15.814	1.026	4.757	419

Fonte: DAP

3.2 Misure alternative alla detenzione in Emilia-Romagna

Gli UEPE, nell'ambito regionale sono presenti con 3 uffici provinciali (Bologna e Ferrara, Modena e Reggio Emilia-Parma e Piacenza). Bologna ha due sedi di servizio distaccate: a Forlì (per la Provincia di Forlì-Cesena)-Ravenna e a Rimini.

Gli uffici offrono attività di consulenza per gli Istituti Penitenziari presenti nei propri territori.

L'Ufficio di Modena fornisce consulenza per la Casa Circondariale di Modena e all'Istituto di Custodia attenuata con annessa Casa di Lavoro a Castelfranco Emilia.

L'Uffici di Reggio-Emilia presta consulenza agli Istituti Penitenziari di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e all'OPG di Reggio Emilia.

Gli uffici sono organizzati con assistenti sociali, psicologi, funzionari di polizia penitenziaria in distacco e collaboratori amministrativo-contabili.

La tabella 25 illustra la distribuzione delle misure alternative nel territorio della regione Emilia Romagna distinguendo, sulla base del luogo di esecuzione della pena, il livello provinciale.

Per quel che riguarda i dati distinti per provincia, si nota che spicca il dato sugli affidamenti in prova 'ordinari' e i domiciliari, in esecuzione nell'ambito della provincia di Bologna, che mantiene il trend dello scorso anno.

Inoltre, si registra un alto numero di affidamenti in prova con programmi terapeutici per tossicodipendenti nel riminese. Incide su questo dato l'alta concentrazione di comunità terapeutiche per tossicodipendenti presenti in provincia di Rimini.

In Provincia di Forlì, invece, si rileva una presenza di liberi vigilati di gran lunga superiore alla media regionale. Questo dato è determinato dalla presenza di strutture di accoglienza per persone provenienti dall'OPG. Queste case, nate da accordi fra Regione Emilia-Romagna e Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria, garantiscono all'internato un passaggio graduale dallo stato detentivo al reinserimento in famiglia.

Tab. 25 - Persone in esecuzione di misure alternative, sostitutive e di sicurezza al 31.12.2014
in Emilia-Romagna. Distribuzione per Provincia

Misura	Bologna	Ferrara	Forlì-Cesena	Modena	Parma	Piacenza	Ravenna	Reggio Emilia	Rimini	Totale Regione
Affidamento in prova al servizio sociale art.47 L.354	82	31	35	26	42	17	37	42	51	363
Affidamento in prova tossicodipendenti art 94 T.U.309	57	14	16	10	15	14	20	12	96	254
Messa alla prova L.67/2014	3	0	9	0	2	1	8	0	5	28
Detenzione domiciliare art 47 L.354/75	93	47	26	50	55	26	55	42	56	450
Libertà vigilata	41	18	98	21	13	10	16	30	19	266
Lavoro di pubblica utilità	57	9	75	9	5	29	132	7	1	324
Semilibertà art.48 L.354/75	3	3	0	6	10	1	2	5	4	34
Lavoro all'esterno art.21 L.354/75	10	2	2	9	3	1	0	5	1	33
Totali misure alternative, di sicurezza e sostitutive per provincia	346	124	261	131	145	99	270	143	233	1752

Fonte: Archivi 'PEGASO', elaborazione: Ufficio dell'EPE -PRAP Emilia Romagna

Inoltre, nel 2014, in Emilia-Romagna, così come è accaduto per il resto d'Italia, si è visto un aumento esponenziale della misura sostitutiva del *lavoro di pubblica utilità*, applicata nella quasi totalità dei casi per la violazione dell'art.186 del codice della strada. Dato pressoché sconosciuto sino al 2011.

Il trend in Emilia-Romagna si manifesta con l'aumento delle esecuzioni penali esterne. Dalla tabella 26 si evidenzia che, i dati relativi alla detenzione domiciliare sono diminuiti, e riflettono il trend nazionale. Si richiama l'attenzione sul dato degli affidati pervenuti nel corso dell'anno, che sono passati da 449 nel 2008 a 617 nel 2014 con un incremento di quasi il 40% in 5 anni.

Dalla tabella, inoltre, emerge un dato nuovo quello della messa alla prova misura che ha coinvolto in Emilia-Romagna 28 persone da quando la legge 67/2014 entrata in vigore (17.05.2014) fino al 31.12 dello stesso anno.

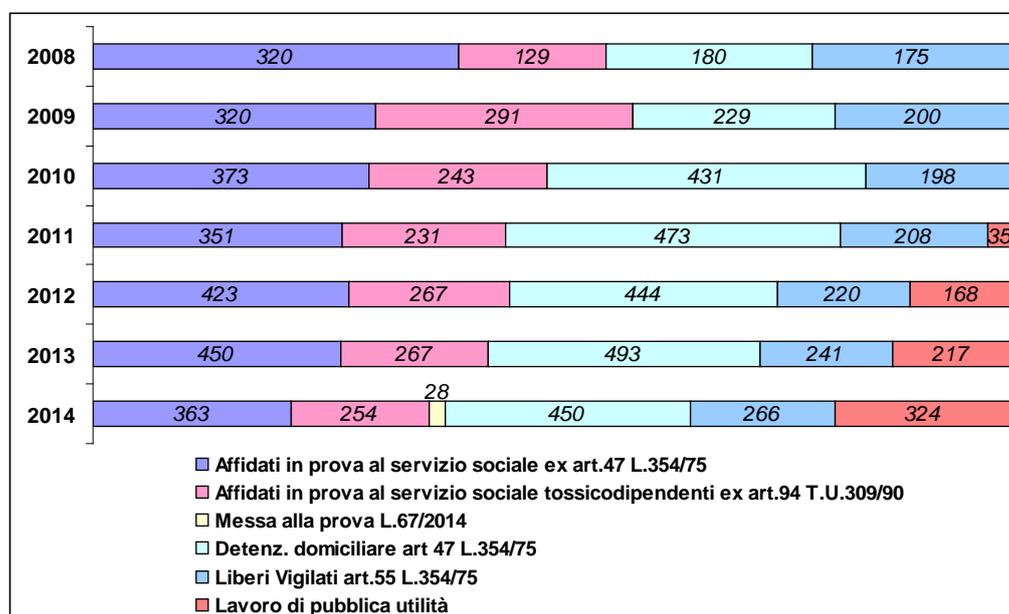
Tab. 26 - Andamento misure alternative dal 2008 al 2013 (Emilia-Romagna)

Anno	Affidati in prova al servizio sociale ex art.47 L.354/75	Affidati in prova al servizio sociale tossicodipendenti ex art.94 T.U.309/90	Messa alla prova L.67/2014	Detenzione domiciliare art. 47 L.354/75	Liberi Vigilati art.55 L.354/75	Lavoro di pubblica utilità	totali
2008	320	129		180	175		804
2009	320	291		229	200		1.040
2010	373	243		431	198		1.245
2011	351	231		473	208	35	1.298
2012	423	267		444	220	168	1.522
2013	450	267		493	241	217	1.671
2014	363	254	28	450	266	324	1.685

Fonte: PRAP – Elaborazione RER - SPA

La tabella 26 offre un dettaglio delle misure alternative, sostitutive e di sicurezza della libertà vigilata dal 2011 al 2014, evidenziando un costante aumento degli affidamenti in prova al servizio sociale, ed un aumento della misura “lavoro di pubblica utilità” che ha coinvolto in tre anni 744 persone, 324 nel 2014.

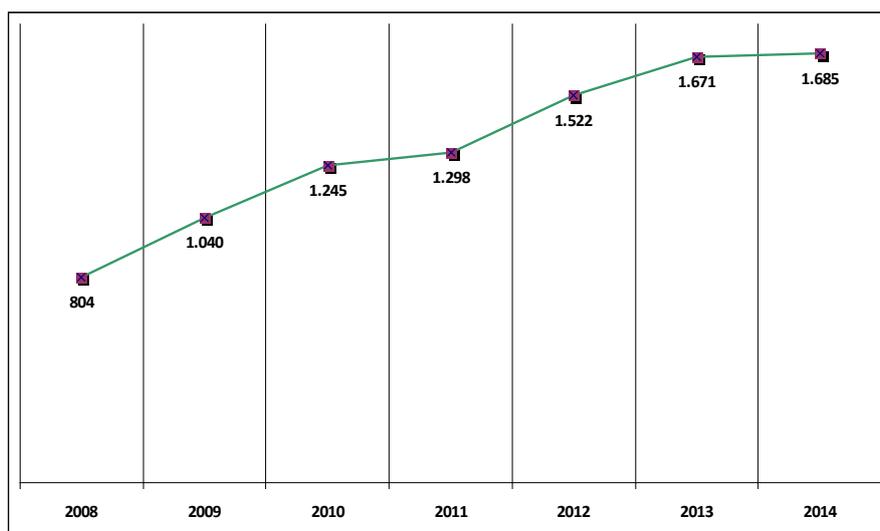
Fig. 7 - Andamento delle misure alternative e di sicurezza distinte per tipologia in Emilia-Romagna al 31/12 dal 2000 al 2014



Fonte: PRAP-UEPE – Elaborazione RER-SPA

La figura 7 raccoglie il dato complessivo delle misure alternative dal 2008 al 2014, la fig. 8 evidenzia l'andamento di crescita costante dell'area penale esterna in ambito regionale. Si evidenzia che in meno di un decennio le misure alternative hanno avuto un aumento significativo, duplicando il coinvolgimento delle persone in area penale dal 2008 al 2014.

Fig. 8 - Andamento delle misure alternative e di sicurezza in Emilia-Romagna al 31/12 dal 2000 al 2014

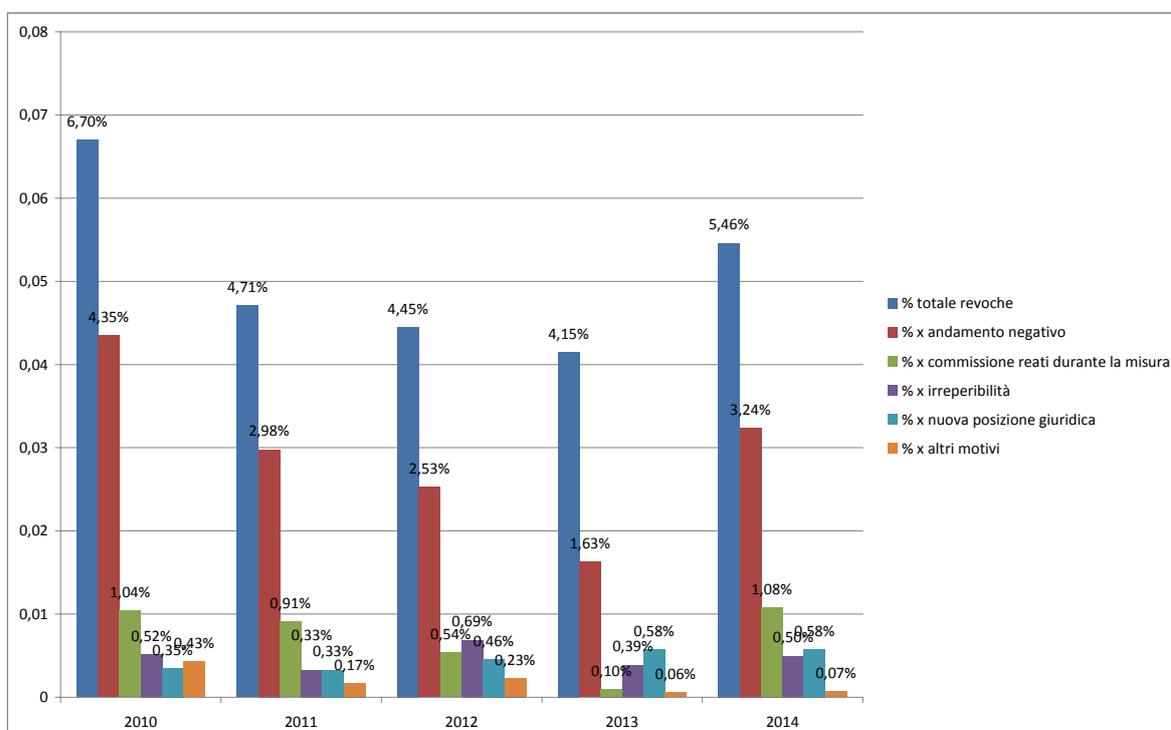


Fonte: PRAP-UEPE

3.3 Revoche delle misure alternative alla detenzione

A fronte dell'incremento delle esecuzioni penali esterne si rileva, dopo alcuni anni in cui si registrava una diminuzione delle revoche (da 6,7% nel 2010 al 4,15% nel 2013) un aumento nel 2014, le cause principali sono attribuibili alla commissioni di reati durante l'applicazione della misura e più in generale ad un andamento negativo della misura.

Fig. 9 - Composizione % revoche di affidamento ordinario andamento dal 2010 al 2014



Fonte: PRAP - UEPE

3.4 Misure di sicurezza

Le misure di sicurezza¹⁹ sono dei provvedimenti speciali che si applicano nei confronti di autori di reato considerati socialmente pericolosi. Le misure di sicurezza detentive sono l'assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro, l'assegnazione ad una casa di cura e di custodia.

In Emilia-Romagna si registrano due peculiarità: l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Reggio Emilia in fase di chiusura definitiva e la Casa di Lavoro a Castelfranco Emilia, in provincia di Modena.

L'OPG di Reggio Emilia è uno dei sei presenti in Italia²⁰. Gli internati negli OPG sono persone con patologie psichiatriche, autori di reato prosciolti per incapacità d'intendere e volere. Gli internati fruiscono di licenze, "licenze finali di esperimento" (6 mesi) ed infine possono vedere la misura di sicurezza convertita in libertà vigilata da svolgere presso strutture residenziali, 'comunità' dove il supporto sanitario è costante e gestito in accordo coi Servizi di Salute Mentale che hanno in carico i pazienti.

Nella Casa di Lavoro a Castelfranco Emilia, in provincia di Modena, sono *internate* persone soggette alla misura di sicurezza.

L'internamento, oltre a comportare l'allontanamento dal proprio territorio (comune di residenza, riferimenti affettivi, ecc.) impone l'attivazione in collaborazione con i servizi territoriali di riferimento per l'avvio di progetti e programmi trattamentali che favoriscano il reinserimento.

Nell'ambito della provincia di Forlì, da alcuni anni, si è attivato un sistema di strutture recettive specialistiche. Le persone ospitate in queste strutture sono quelle ammesse alla libertà vigilata provenienti dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Per questi soggetti sottoposti a Misura di Sicurezza non detentiva, la Regione, in collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, ha concordato un progetto di graduale inserimento sociale.

Le comunità di accoglienza ospitano quei soggetti che, dopo un periodo trascorso in OPG, hanno raggiunto un livello di "compenso psicopatologico" e di adeguatezza comportamentale tali da rendere più indicate strutture con maggiori opportunità terapeutico-riabilitative.

La tabella 27 riporta i dati del 2012 e del 2014, e si precisa che le persone in carico agli UEPE che beneficiano di questa misura sono persone che eseguono la misura di sicurezza presso strutture riabilitative.

Tab. 27 - Liberi vigilati divisi per provincia dal 2012 al 2014

Liberi Vigilati in esecuzione										
	Bologna	Ferrara	Forlì-Cesena	Ravenna	Rimini	Modena	Reggio Emilia	Parma	Piacenza	Totali Regione
Totali 2012	38	14	71	18	18	16	23	13	9	220
Totali 2013	52	23	77	11	12	21	26	10	11	243
Totali 2014	41	18	98	21	13	10	16	30	19	266

Fonte: PRAP - UEPE

¹⁹ Cfr. giustizia.it.

²⁰ Per maggiori dettagli sul complesso lavoro di superamento degli OPG e l'esecuzione delle misure di sicurezza attraverso strutture sanitarie appositamente istituite (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza - REMS) Si rimanda al capitolo "Il superamento degli OPG e l'avvio delle REMS salute mentale".

4. Giustizia minorile in Emilia-Romagna²¹

Il Centro per la Giustizia minorile (CGM) competente per l'Emilia-Romagna ha sede a Bologna e costituisce organo decentrato del Ministero della Giustizia (Dipartimento della Giustizia minorile). Dal Centro per la Giustizia minorile dipendono l'Istituto penale "Pietro Siciliani" (IPM), il Centro di prima accoglienza (CPA), la Comunità ministeriale, l'Ufficio di Servizio sociale per minorenni (USSM). I dati generali relativi ai flussi di utenza nei Servizi Minorili della regione sono illustrati inizialmente in un quadro di sintesi aggiornato al 2014 e successivamente, in serie storiche per ciascun Servizio Minorile.

Tab. 28 - Minori utenti del Centro Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna con dettaglio per cittadinanza e sesso nel 2014

	Totale	di cui		di cui	
		Italiani	Stranieri	Maschi	Femmine
Centro Prima Accoglienza (CPA) di Bologna	92	41	51	81	11
Istituto Penale Minorenni di Bologna	89	22	67	89	0
Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM) di Bologna*	1.523	899	624	1.264	259
Soggetti segnalati dall'A.G. all'USSM*	1.165	676	489	1.025	140
Comunità Ministeriale di Bologna	49	22	27	49	0
Comunità Private	139	51	88	120	19
Totale	3.057	1.711	1.346	2.628	429

*già conosciuti e non conosciuti

Fonte: ns. elaborazione su dati CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Fig.10 - Composizione % dei minori utenti del CGM per l'Emilia-Romagna per cittadinanza nel 2014

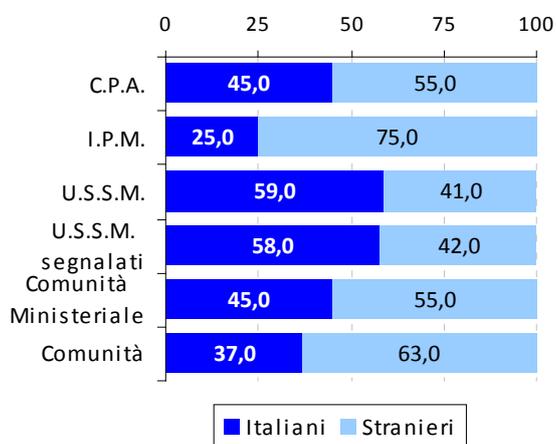
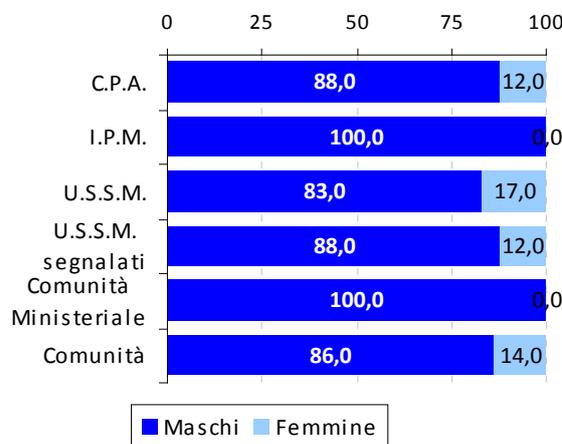


Fig.11 - Composizione % dei minori utenti del CGM per l'Emilia-Romagna per sesso nel 2014



*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

4.1 CPA (Centro di Prima Accoglienza)

Il CPA di Bologna è una struttura residenziale che accoglie minori in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro 96 ore dall'ingresso, nel corso della quale il Magistrato decide sulla convalida o meno dell'arresto e sulla misura cautelare eventualmente

²¹ Si ringrazia l'Ufficio Servizio Sociale Minorenni della Giustizia Minorile di Bologna per aver reso disponibili i dati e la documentazione per la redazione del presente capitolo.

da applicare. Il CPA assicura accoglienza, informazione, sostegno dei minori ospitati in attesa e durante l'udienza di convalida, esercitando anche una funzione di custodia. Offre all'Autorità Giudiziaria una prima consulenza tecnica sul caso, fornendo indicazioni sul contesto sociale e materiale del minore e notizie relative ai percorsi educativi in atto o eventualmente da predisporre. Prepara anche le dimissioni dal Centro stesso e cura il rientro in famiglia o l'eventuale invio agli altri Servizi Minorili. Il personale è costituito da educatori ministeriali, personale educativo in convenzione polizia penitenziaria.

Gli ingressi al CPA di Bologna nel 2014 sono 92. Nell'intervallo di tempo considerato, tale struttura ha dapprima registrato un calo degli ingressi: dai 141 ingressi del 2007 si è passati ai 69 del 2010, per poi risalire negli anni dal 2011 in avanti. Solo il 2013 registra il dato più basso raccolto nel periodo preso in esame, pari a soli 58 minori.

L'andamento generale è influenzato da tendenze analoghe per le componenti italiana e straniera, anche se su livelli assoluti diversi: in passato il trend decrescente ha dapprima interessato in particolare l'utenza di cittadinanza straniera, che dal 58% d'incidenza sul totale degli ingressi del 2008 si è progressivamente ridotta ad una quota del 48% nel 2010. Negli ultimi anni, la quota d'ingressi da parte di minori stranieri si riporta a livelli simili a quelli iniziali del periodo considerato, con un valore pari al 55% dei nuovi accessi nel 2014.

Fig.12 - Ingressi al Centro di Prima Accoglienza di Bologna (accompagnati, arrestati, fermati) dal 2008 al 2014

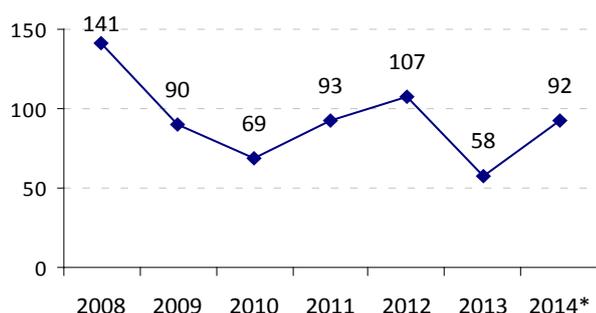
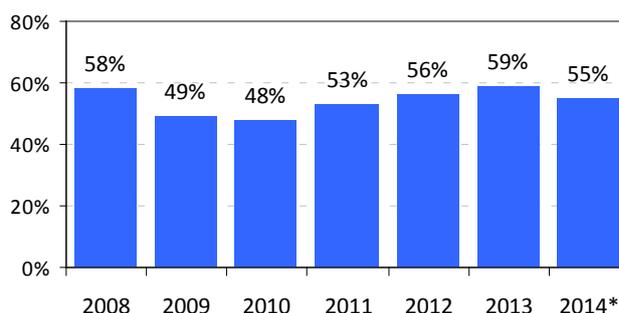


Fig.13 - % stranieri sul totale degli ingressi al Centro di Prima Accoglienza di Bologna dal 2008 al 2014



*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Soffermandosi ulteriormente sulle caratteristiche dell'utenza che ha fatto ingresso nel 2014 nel Centro di Prima Accoglienza, si osserva che essa è quasi esclusivamente di sesso maschile (88% nel 2014).

È inoltre interessante approfondire la conoscenza dell'utenza accolta dal CPA in termini di singole cittadinanze, frazionata in numerosi Paesi con numerosità contenute. Al numero di nuovi ingressi di italiani (41), seguono nel 2014 le cittadinanze estere di marocchini (12 unità), romeni (9), tunisini (6), serbi e albanesi (4). I marocchini ritornano così in numero superiore alle 10 unità come era già accaduto due anni prima, con una forte contrazione solo nel 2013, che li aveva portati a non essere compresi tra i paesi maggiormente rappresentati. Tale riduzione coinvolge nel 2013 anche tunisini e romeni. Infine, altre cittadinanze dell'Europa dell'est appaiono solo in alcuni anni: gli albanesi dal 2013 in poi, i bosniaci nel 2012, i croati nel 2013 ed i serbi nel 2014.

Tab. 29 - Prime 5 nazionalità degli ingressi nel Centro di Prima Accoglienza di Bologna (accompagnati, arrestati, fermati) dal 2012 al 2014. Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

2012			2013			2014*		
Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi
Italia	47	44%	Italia	24	41%	Italia	41	45%
Romania	12	11%	Croazia	7	12%	Marocco	12	13%
Marocco	11	10%	Albania	5	9%	Romania	9	10%
Tunisia	9	8%	Tunisia	3	5%	Tunisia	6	7%
Bosnia - Erzegovina	5	5%	Romania	3	5%	Serbia e Albania	4	4%

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

La gran parte dei minori accolti dal CPA ne è uscito con l'applicazione di misure cautelari (80% nel 2014). Tra queste, una quota importante riguarda le misure meno "afflittive"²² (collocamento in comunità, 37% e permanenza in casa, 25%). Il 2014 si differenzia dal periodo precedente per un calo nel ricorso alla custodia cautelare, in passato più di un quarto dei motivi di uscita, mentre è pari al solo 12% nel 2014, nonché per un aumento importante della quota della reimmissioni in libertà, che coinvolge ora ben un quinto (20%) dei minori in uscita dal CPA.

Tab.30 - Motivi di uscita dal Centro di Prima Accoglienza di Bologna di Bologna dal 2012 al 2014

Motivazione di uscita		2012		2013		2014*	
		v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Con applicazione di misura cautelare	Prescrizioni	1	1	0	0	6	6
	Permanenza in casa	31	33	14	24	23	25
	Collocamento in comunità	39	42	23	40	34	37
	Custodia cautelare	22	24	16	28	11	12
Totale misure cautelari		93	87	53	88	74	80
Altre uscite	Remissione in libertà	14	13	7	12	18	20
Totale uscite		107	100	60	100	92	100

*elaborazione su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

4.2 IPM (Istituto penale minorile)

L'IPM di Bologna "Pietro Siciliani" è una struttura penitenziaria che accoglie minori o giovani adulti di sesso maschile sottoposti a provvedimenti di custodia cautelare e/o in espiazione pena. Nell'istituto sono, infatti, ospitati non solo minori tra i 14 e i 18 anni di età, ma anche giovani fino al compimento del 21° anno di età, qualora siano sottoposti ad una misura penale per un reato commesso da minorenni. Nel contempo, è intervenuta un'ulteriore modifica della normativa introdotta dal Decreto Legge 26/6/2014 n. 92, convertito con modificazioni in Legge 11/8/2014, n.117, che ha esteso la competenza dei Servizi minorili fino al compimento dei 25 anni di età dei cosiddetti "giovani adulti"²³.

²² CGM di Bologna (2014) "Analisi dei flussi di utenza nei Servizi della Giustizia Minorile di Bologna", documento non pubblicato.

²³ Ministero della Giustizia. Dipartimento Giustizia Minorile, Ufficio I del Capo Dipartimento, Servizio Statistica (2014) "Analisi dei flussi di utenza dei Servizi della Giustizia Minorile. Anno 2013".

Nel contesto della giustizia penale minorile, l'ipotesi del carcere è di natura residuale, da applicarsi come ultima ratio, istituzione cui ricorrere quando non è possibile applicare ad un minorenne uno dei benefici o delle soluzioni alternative che l'ordinamento italiano prevede. Il personale è composto da polizia penitenziaria ed educatori ministeriali, affiancati da personale sanitario ASL e integrato da altro personale esterno: insegnanti, istruttori/formatori, animatori volontari, ecc. La struttura, pur garantendo le esigenze custodialistiche previste dalla normativa, assicura ai giovani ristretti attività educative, formative e di socializzazione. Inoltre, opera anche nella prospettiva di promuovere le condizioni che consentono il ricorso, laddove possibile, a soluzioni sostitutive e/o alternative alla detenzione, come la trasformazione di misura o l'affidamento in prova al servizio sociale, il lavoro esterno, ecc. Da tempo, l'IPM di Bologna organizza le sue attività e interventi, declinandole in fasi calibrate sui tempi della permanenza dei ragazzi. Le fasi sono: accoglienza, orientamento, dimissioni. Per ciascuna di esse sono individuati peculiari obiettivi e attività/interventi.

Nel tempo l'IPM si era caratterizzato prima per una progressiva riduzione degli ingressi, particolarmente significativa nel biennio 2010-2011. Il biennio 2012-2013 aveva invece osservato un'inversione di tendenza, con un incremento tale da riportare il numero degli ingressi ai livelli registrati all'inizio del periodo. L'anno 2014 registra infine un importante calo degli ingressi, con un ammontare di accessi pari a 89 minori (erano 109 nel 2013).

Tale variazione si registra anche in termini di presenza media in Istituto, che diminuisce fino ad un valore di 17,4 minori accolti giornalieri, in analogia con il calo che si riscontra negli Istituti Penali per i Minorenni italiani nel loro complesso²⁴.

Tali fluttuazioni hanno coinciso con l'andamento della composizione dell'utenza rispetto alla cittadinanza: il decremento iniziale degli ingressi ha interessato, infatti, in particolar modo l'utenza straniera, che da un'incidenza sul totale dei nuovi ingressi pari al 78% si è attestata ad una quota tra il 60% ed il 64% nel biennio 2010/2011. L'indicatore negli ultimi anni risale poi ai valori iniziali della serie considerata (75% nel 2014).

Fig.14 - Ingressi all'IPM di Bologna dal 2008 al 2014

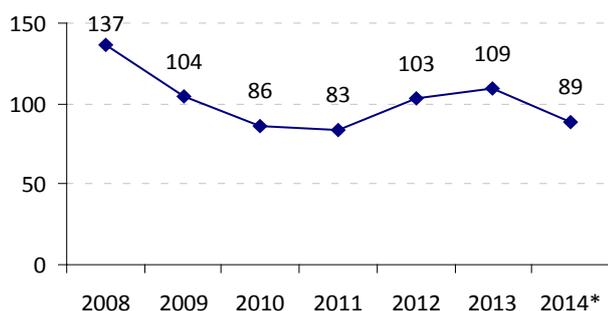
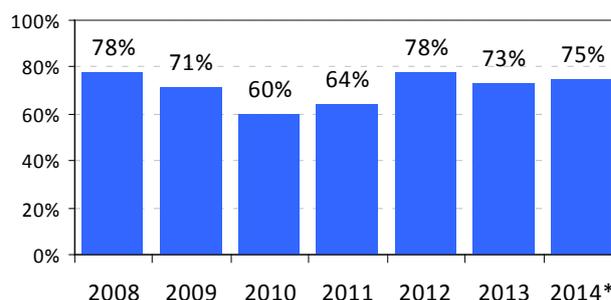


Fig.15 - % stranieri sul totale degli ingressi all'IPM di Bologna dal 2008 al 2014



*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Tra i giovani che hanno fatto ingresso nell'Istituto si evidenzia una pluralità di provenienze, tra le quali emergono - nelle tre annualità - alcuni Paesi del Maghreb (Tunisia 20% e Marocco 17% nel 2014). Tra i Paesi

²⁴ Ministero della Giustizia. Dipartimento Giustizia Minorile, Ufficio I del Capo Dipartimento, Servizio Statistica (2014) "Analisi dei flussi di utenza dei Servizi della Giustizia Minorile. Anno 2013".

di provenienza più rilevanti del triennio appaiono inoltre la Romania e l'Albania (9% nel 2014), seguite da altre nazionalità con numerosità molto ridotte, ciascuna pari o al di sotto delle 5 unità annue: per l'Africa, l'Algeria ed il Ghana nel 2012; per l'Europa dell'est, la Moldavia nel 2013 e la Croazia nel 2014.

Tab.31 - Prime 5 nazionalità degli ingressi all'IPM di Bologna. dal 2012 al 2014.
Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

2012			2013			2014*		
Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi
Tunisia	28	27	Italia	29	27	Italia	22	25
Italia	23	22	Tunisia	25	23	Tunisia	18	20
Marocco	17	17	Marocco	14	13	Marocco	15	17
Romania	9	9	Romania	8	7	Albania e Romania	8	9
Algeria e Ghana	4	4	Moldavia	5	5	Croazia	4	4

**elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

4.3 Comunità Ministeriale

La comunità ministeriale di Bologna, denominata "La Compagnia dei Celestini", è una struttura residenziale. Essa accoglie giovani sottoposti al provvedimento della misura cautelare del collocamento in comunità e predispone per essi un programma educativo individualizzato, tenendo conto delle risorse personali e familiari dei ragazzi e delle opportunità offerte dal territorio. Offre sostegno e accompagnamento verso un inserimento in famiglia o altra comunità, in base a progetti individuali predisposti in équipe interprofessionale e interistituzionale. La comunità ospita giovani di sesso maschile, ma in casi eccezionali, ha ospitato anche ragazze per un periodo limitato di tempo, in attesa di collocarle in una struttura comunitaria gestita dal privato sociale. Il personale è costituito da educatori e assistenti di area pedagogica, affiancati da personale in convenzione.

La serie storica relativa al numero d'ingressi nella Comunità Ministeriale di Bologna evidenzia un flusso di utenza che, negli ultimi anni, è variato da un massimo di 82 soggetti nel 2011 ad un minimo di 43 nel 2013. L'ammontare si conferma su un livello analogo anche nel 2014, con 49 ingressi. Le discontinuità descritte caratterizzano anche la presenza media, che dopo un calo rilevante nel 2012, si mantiene successivamente tra le 5 e le 6 unità giornaliere (5,8 nel 2014).

Tale andamento trova conferma in entrambe le componenti, italiana e straniera, con un iniziale decremento di entrambe. La ridotta numerosità degli accessi provoca inoltre un andamento fluttuante della quota di stranieri, che passa dal 63% del 2012 (valore massimo) al 42% del 2013.

Fig.16 - Ingressi in Comunità Ministeriale dal 2010 al 2014

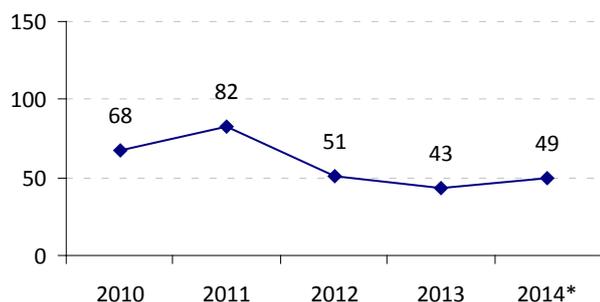
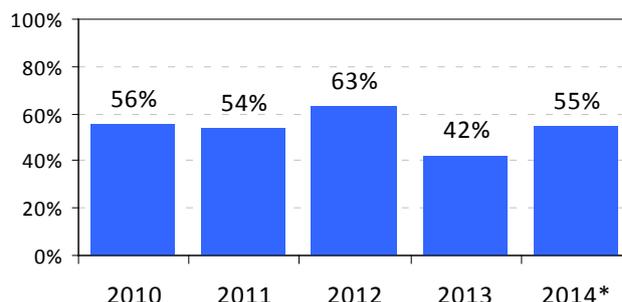


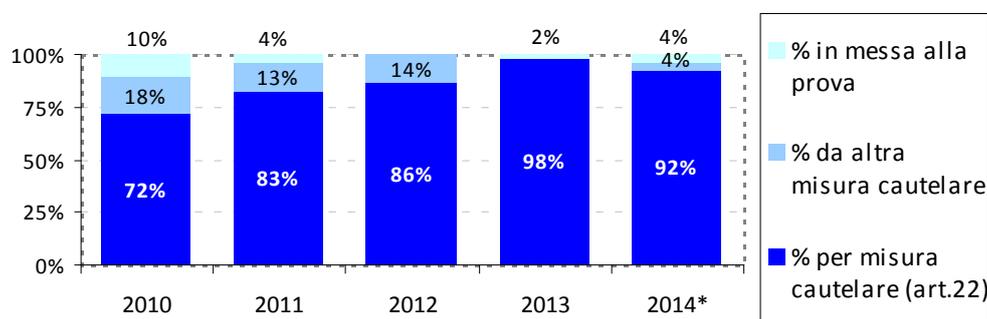
Fig.17 - % stranieri sul totale degli ingressi in Comunità Ministeriale dal 2010 al 2014



**elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori*
Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Un'ampia maggioranza dei giovani accede ad una comunità pubblica per applicazione di una misura cautelare del collocamento in comunità (art.22 D.P.R. 448/88), in linea con le direttive dal CGM e con il Progetto educativo della Comunità²⁵. Dal 2013 essa raggiunge oltre il 92% del totale degli ingressi, con una componente residua degli ingressi per messa alla prova secondo l'art.28 D.P.R. 448/88 (4% nel 2014, erano il 10% nel 2010). Si riducono ampiamente anche le altre misure cautelari, che costituivano il 18% nel 2010 e diventano il 4% nel 2014.

Fig.18 - Composizione % degli ingressi in Comunità Ministeriale per misura cautelare dal 2010 al 2014



**elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori*
Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Dall'esame degli ingressi di giovani di cittadinanza straniera nel 2014, emerge che sono particolarmente rappresentati i Paesi dell'Africa settentrionale. Tra essi i marocchini (16% del totale) ed i tunisini (12%). Significativa è anche la presenza d'ingressi di giovani provenienti dall'area dell'Europa dell'Est (Romania 10%, Albania 8%). Altri Paesi rappresentati, benché con ammontare molto contenuto, erano in passato l'Algeria nel 2012 ed il Ghana nel 2013.

²⁵ CGM di Bologna (2014) "Analisi dei flussi di utenza nei Servizi della Giustizia Minorile di Bologna", documento non pubblicato.

Tab.32 - Prime 5 nazionalità degli ingressi in Comunità Ministeriale dal 2012 al 2014.

Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

2012			2013			2014*		
Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi
Italia	19	7	Italia	25	58	Italia	22	45
Marocco	10	20	Marocco	5	12	Marocco	8	16
Tunisia	7	14	Tunisia	2	5	Tunisia	6	12
Algeria	3	6	Ghana	2	5	Romania	5	10
Romania	2	4	Romania	2	5	Albania	4	8

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

4.4 Collocamenti in strutture residenziali

Tra i giovani presi in carico dall'USSM (Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni) ci sono anche ragazzi sottoposti a misure che prevedono l'inserimento in strutture residenziali (in genere comunità del privato sociale), che in relazione alle caratteristiche/problematiche presentate dal ragazzo possono essere di tipo educativo o terapeutico. Si fa presente che, a seguito del trasferimento della competenza sanitaria dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Regionale, ai sensi del D.P.C.M. 1/4/2008, i collocamenti in comunità terapeutiche di minori sottoposti a provvedimenti penali, dal 1/1/2009 sono stati assunti dalla Regione Emilia-Romagna. Avvalersi di un ampio ventaglio di strutture ospitanti costituisce una premessa indispensabile per garantire la qualità dell'abbinamento ragazzo/comunità e assicurare maggiori possibilità di successo al progetto educativo individualizzato che viene elaborato per ogni giovane del circuito penale minorile.

Nel 2014 si registrano 139 ingressi in comunità private, di cui il 14% è di genere femminile ed il 63% è costituito da cittadini stranieri. L'andamento degli ingressi nelle comunità private è tendenzialmente crescente negli anni dal 2010 in avanti, con un picco di 149 unità nel 2012. Al suo interno, anche la componente straniera è in crescita rispetto al biennio 2010-2011, mantenendosi al di sopra del 60% dal 2012.

Fig.19 - Ingressi nelle Comunità private dal 2010 al 2014

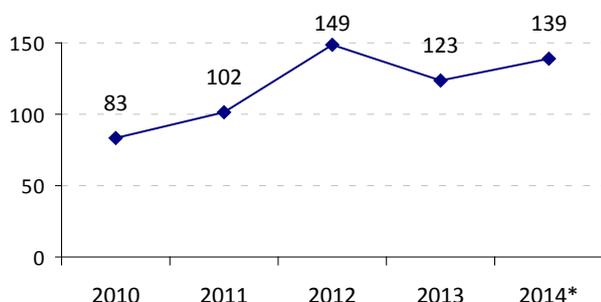
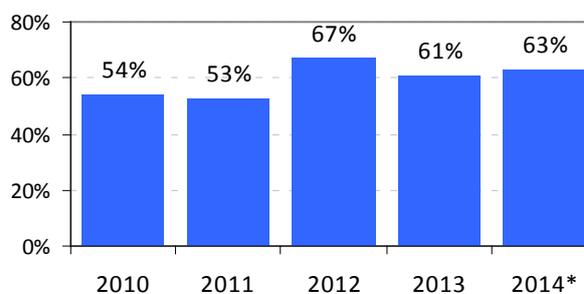


Fig.20 - % stranieri sul totale degli ingressi nelle Comunità private dal 2010 al 2014

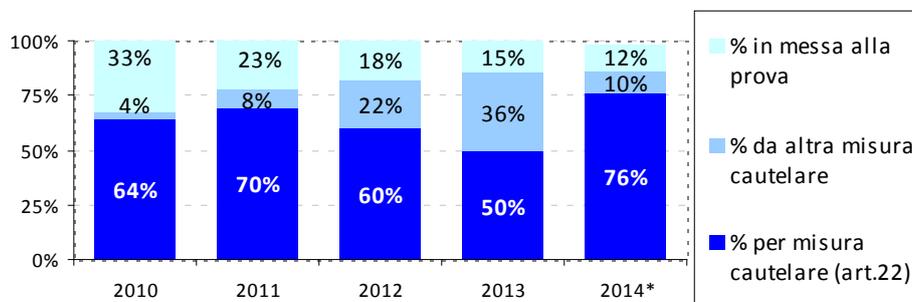


*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

In termini di composizione dell'accesso alle Comunità private, il 2014 rappresenta il ritorno ad una situazione più simile a quella degli anni precedenti il 2012. In particolare, la componente d'ingressi per misura cautelare art. 22 è di nuovo largamente prevalente (76%) rispetto alla messa in prova (12%) ed alle altre misure cautelari (10%). Negli anni 2012-2013 avevano assunto maggiore importanza gli ingressi a seguito di misura cautelare diversa da art.22, con una quota associata alla messa in prova del 36% nel 2013.

Fig. 21- Composizione % degli ingressi nelle Comunità private per misura cautelare dal 2010 al 2014



*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Tra le nazionalità più rappresentate nelle Comunità private nel triennio, vi sono alcuni Paesi dell'Africa settentrionale (Marocco 15% del totale nel 2014, Tunisia 14%) ed alcune comunità dell'Est europeo (Albania 6% e Romania 4%). Nel 2012, l'Albania era invece superata dalla presenza algerina.

Tab.33 - Prime 5 nazionalità degli ingressi nelle Comunità Private nel 2012 e nel 2014.

Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

Nazionalità	2012		2013		2014*			
	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi
Italia	49	33	Italia	48	39	Italia	52	37
Marocco	29	19	Marocco	18	15	Marocco	21	15
Tunisia	21	14	Tunisia	16	13	Tunisia	19	14
Romania	10	7	Albania	8	7	Albania	8	6
Algeria	5	3	Romania	5	4	Romania	6	4

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

4.5 USSM (Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni)

L'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Bologna ha competenza territoriale per tutta la regione Emilia-Romagna. La sua attività si svolge su mandato dell'Autorità Giudiziaria Minorile e prevede la presa in carico di tutti i minori imputati di un reato (denunciati a piede libero) o sottoposti a misure penali (cautelari e definitive; detentive e alternative e/o sostitutive alla detenzione) o fruitori di alcuni benefici previsti dalla normativa minorile come l'istituto della messa alla prova. Oltre al lavoro diretto sui singoli ragazzi, gli USSM operano anche nell'ambito della conoscenza del fenomeno della devianza minorile, nella progettazione d'interventi e nella ricerca sociale. Gli Uffici si avvalgono della collaborazione dei Servizi Sociali degli Enti locali e del privato sociale. Il personale è costituito da assistenti sociali e da un educatore.

Dal 2012 sono stati segnalati all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna, dall'Autorità Giudiziaria oppure da altre USSM, più di 1.300 soggetti annui²⁶, numero in crescita rispetto al biennio precedente. Nel 2014 il numero di minori segnalati raggiunge l'ammontare, ancora in crescita, di 1.523 unità. La gran parte di essi, in modo costante nel tempo, risulta non conosciuta dal Servizio (86% nel 2014). Rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche, i soggetti segnalati sono prevalentemente di sesso maschile (83%) e presentano una rilevante quota di cittadinanza non italiana (41%).

Tab.34 - Soggetti segnalati agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna negli anni dal 2008 al 2014.

Valori assoluti, % nuovi, % femmine e % stranieri sul totale degli ingressi

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Numero segnalati	786	1.909	1.113	1.079	1.394	1.321	1.523
% nuovi	93	87	86	89	88	87	86
% femmine	14	14	16	15	17	16	17
% stranieri	42	37	38	33	37	42	41

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Parallelamente alla crescita dei soggetti segnalati, negli ultimi anni aumentano anche i soggetti presi in carico dal Servizio. L'USSM di Bologna nel 2014 raggiunge i 1.165 soggetti in carico, ammontare più elevato dal 2008, e risultato dell'incremento costante e consistente in atto ormai dal 2010. Tra essi, il 33% dei soggetti è nuovo, cioè mai conosciuto dal Servizio.

È interessante notare come questo andamento non sia condizionato dalla componente straniera, che si mantiene regolare nel tempo tra il 38% (anni 2009-2011) ed il 42% (anni 2013-2014) del totale. Anche la percentuale di utenza femminile è di ridotta entità e di valore sostanzialmente invariato (12% nel 2014).

Tab.35 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna negli anni dal 2008 al 2014.

Valori assoluti, % nuovi, % femmine e % stranieri sul totale dei soggetti in carico

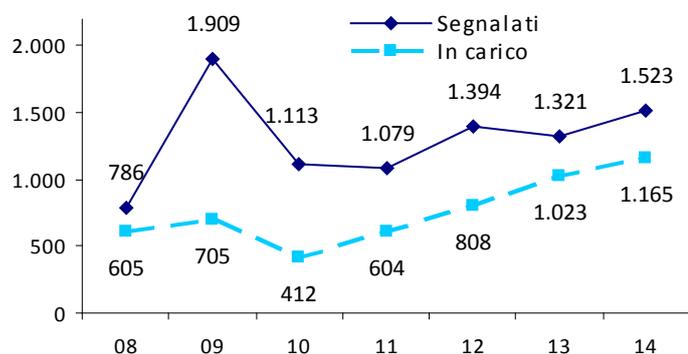
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Numero soggetti in carico	605	705	412	604	808	1.023	1.165
% nuovi	55	60	57	39	36	34	33
% femmine		10	7	8	9	11	12
% stranieri	44	38	38	38	39	42	42

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

²⁶ Alla segnalazione corrisponde una presa in carico che consiste in: apertura fascicolo, informazione alla famiglia, richiesta di collaborazione ai Servizi territoriali e alle AUSL o incarico agli AA.SS. dell'USSM, analisi della documentazione, supporto e informazioni ai Servizi territoriali, preparazione fascicolo e assistenza in udienza, gestione delle diverse misure.

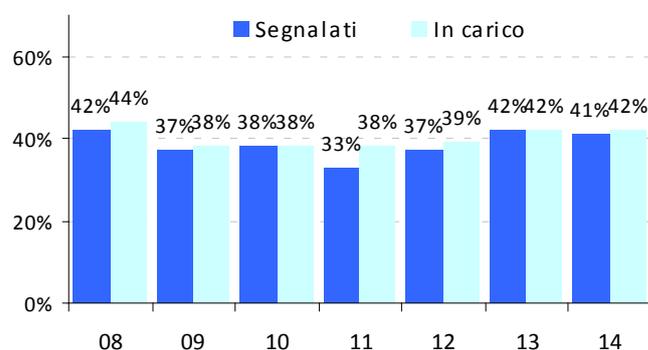
Fig.22 - Soggetti in carico agli Uffici del Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2008 al 2014



*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Fig.23 - % stranieri sul totale dei soggetti in carico agli Uffici del Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2008 al 2014*



A fronte di un'utenza in prevalenza italiana (58% nel 2014), tra i minori in carico all'USSM di Bologna si trovano comunità numericamente rilevanti quali la marocchina (11%) e la tunisina (4%) e, per l'Est-Europeo, la romena (6%) e l'albanese (4%). Tali nazionalità sono quelle maggiormente rappresentate nell'arco del triennio, benché con diversa successione.

Tab.36 - Prime 5 nazionalità dei soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2012 al 2014. Valori assoluti e % sul totale dei soggetti in carico

2012			2013			2014*		
Nazionalità	v.a.	% sul totale in carico	Nazionalità	v.a.	% sul totale in carico	Nazionalità	v.a.	% sul totale in carico
Italia	488	61	Italia	632	59	Italia	673	58
Marocco	87	11	Marocco	113	11	Marocco	131	11
Tunisia	46	6	Tunisia	52	5	Romania	71	6
Romania	42	5	Romania	47	4	Tunisia	50	4
Albania	30	4	Albania	41	4	Albania	47	4

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

I minori in carico all'USSM di Bologna sono soggetti nel 27% dei casi a denuncia a piede libero, nel 22% sono in messa alla prova e nel 16% hanno misure cautelari. Nell'ultimo anno si evidenziano due fenomeni che riguardano da una parte l'aumento dei soggetti con denuncia a piede libero (+86 tra il 2013 ed il 2014) e di quelli messi alla prova (+20), e dall'altra la diminuzione dei sottoposti a misure cautelari (-255).

Tab.37 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2012 al 2014 per alcune tipologie di provvedimenti giudiziari*

	2012		2013		2014*	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Denuncia a piede libero	185	23	227	23	313	27
Misure cautelari	293	37	447	45	192	16
Messa alla prova	206	26	231	23	251	22
Esecuzione di pena	56	7	54	6	68	6
Misure alternative	25	3	26	3	18	2
Sanzioni sostitutive	4	0	2	0	11	1
Misure di sicurezza	0	0	1	0	2	0

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

In merito alla tipologia di misura applicata ai minori in carico all'USSM, classificata secondo i provvedimenti disposti dall'Autorità Giudiziaria, si evidenzia come la maggior parte del lavoro sociale si svolga nell'ambito dei progetti di messa alla prova e nella relativa attuazione (MaP, 306 interventi nel 2014). Seguono interventi per l'applicazione di misure cautelari: collocamento in comunità (146 interventi), custodia cautelare (72, compresi 39 aggravamenti), permanenza in casa (62), e prescrizioni (14). Vi sono inoltre gli interventi per minori in carico a seguito dell'applicazione di misure alternative alla detenzione (31), quelli per minori con sanzioni sostitutive (12) e con misure di sicurezza (2).

Tab.38 - Misure in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2009 al 2014 per alcune tipologie di provvedimenti giudiziari*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Misure cautelari						
Prescrizioni	14	11	39	20	29	14
Permanenza in casa	34	60	71	68	72	62
Collocamento in comunità	89	95	130	150	137	146
Custodia cautelare	53	36	53	88	49+	33+
					29 aggravam.	39 aggravam.
Totale misure cautelari	190	202	293	326	316	294
Messa alla prova	138	142	143	271	310	306
Misure alternative	n.d.	n.d.	n.d.	33	34	31
Sanzioni sostitutive	n.d.	n.d.	n.d.	6	11	12
Misure di sicurezza	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1	2

*elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Sotto l'aspetto della provenienza territoriale, i soggetti in carico all'USSM nel 2014 registrano una presenza importante di residenti a Bologna e provincia (28%)²⁷. Altre province che contribuiscono maggiormente al numero di minori in carico sono Modena e Reggio Emilia (10% nel 2014).

²⁷ L'utenza residente nella provincia di Bologna (33% tra i soggetti in carico all'USSM e residenti in regione) appare sovrarappresentata rispetto a quanto avviene tra la popolazione minorenni residente (22%). Tale evidenza si ripropone, anche se molto più attenuata, a Piacenza (7,7% vs. 6,2%).

Bologna ha inoltre conosciuto una rapidissima crescita nel triennio dal 2012 al 2014, raddoppiando quasi il proprio ammontare di utenza. Tale andamento è ripreso, nello stesso periodo, da territori quali Parma, Piacenza e Ravenna.

Non marginali sono le quote di giovani provenienti da altre regioni (8% nel 2014), senza fissa dimora (6%) o con residenza non definita (2,5%).

Tab. 39 - Soggetti in carico agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2012 al 2014 per residenza*

Provincia di residenza	2012	2013	2014*
Bologna	176	269	325
Modena	108	137	119
Reggio Emilia	95	114	116
Forlì-Cesena	54	73	72
Ravenna	48	65	80
Parma	45	72	90
Rimini	41	44	61
Piacenza	39	61	75
Ferrara	37	41	32
Altra regione	67	96	90
Eestero	3	19	3
Non definito	26	77	29
Senza fissa dimora	63	0	74
Totale	802	1.068	1.166

**elaborazione CGM di Bologna su dati SISM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

PARTE II - Ruolo della Regione Emilia-Romagna nell'ambito delle politiche sociali in area penale

5. Attività di coordinamento tra Regione e Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per gli interventi in area penale

Il Protocollo operativo/integrativo del Protocollo d'Intesa del 1998, sottoscritto il 21 gennaio 2014, rappresenta il frutto di un percorso che ha visto il coinvolgimento del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, la Regione Emilia-Romagna, e, attraverso la Commissione regionale Area Penale Adulti, gli Enti Locali. Di seguito una sintesi del nuovo protocollo²⁸.

Il Protocollo identifica alcune categorie di persone con particolare fragilità (detenuti con problemi di dipendenza, di disagio mentale, transessuali, autori di reato a sfondo sessuale, disabili, donne con figli minori) per i quali predisporre percorsi qualificati e personalizzati di assistenza.

A questo proposito nel Protocollo si concorda sulla necessità di collaborare tra i soggetti firmatari per la ricerca di risorse umane, tecniche e finanziarie e per la sensibilizzazione di enti pubblici e privati che possano offrire un contributo qualificato nell'assistenza dei soggetti fragili detenuti.

Rispetto agli **stranieri** sono necessarie, vista l'alta incidenza di cittadini stranieri all'interno degli istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, misure specifiche. In particolare per quel che riguarda l'apprendimento della lingua italiana e la mediazione culturale. I firmatari si impegnano anche a promuovere programmi di rimpatrio assistito e a favorire l'accesso ai detenuti che abbiano i requisiti necessari.

Per quel che riguarda la **formazione professionale e lavoro** le parti concordano sul fatto che rappresentano un elemento fondamentale nell'esperienza dei detenuti, finalizzata al reinserimento sociale. La Regione e il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria si impegnano a individuare periodicamente i fabbisogni di formazione professionale della popolazione carceraria, tenendo conto delle possibilità di sviluppi lavorativi. Regione e Provveditorato, infatti, nell'ambito dei comitati locali per l'esecuzione penale adulti, condividono con gli assessorati provinciali e comunali competenti l'elaborazione e l'implementazione dei periodici piani programmatici, che dovranno tenere conto della dislocazione dei plessi penitenziari idonei a gestire adeguatamente i processi formativi.

Inoltre, i firmatari del protocollo, relativamente al tema delle **misure alternative alla detenzione e reinserimento**, condividono il principio secondo cui il carcere non rappresenta l'unica esperienza penale possibile, e concordano nel supportare misure alternative alla detenzione attraverso azioni orientate al reinserimento della persona ristretta nel tessuto socio-economico esterno. A questo fine c'è l'impegno a sostenere progetti e azioni finalizzate all'accoglienza del detenuto nel territorio di residenza attraverso percorsi di inserimento abitativo e orientamento al lavoro, in particolare per le persone prive di risorse economiche e familiari.

Infine, il Protocollo riconosce l'alto valore sociale del **volontariato** in quanto espressione di partecipazione, pluralismo e solidarietà della società civile e ne valorizzano il ruolo fondamentale nell'attuazione di progetti e di attività da realizzare in collaborazione con le Istituzioni, sia all'interno del carcere che nell'ambito dell'esecuzione penale esterna. Le azioni che vengono sostenute dal Protocollo dovranno tendere a:

favorire, nel rispetto delle competenze della magistratura di Sorveglianza, l'accesso dei volontari negli Istituti e promuovere soluzioni logistico-organizzative (estensione orari, individuazione spazi dedicati, ecc..) che

²⁸ DGR n.44/2014 - Allegato 3.

consentano di facilitare lo svolgimento delle attività promosse dal volontariato e la partecipazione da parte dei detenuti;

creare momenti di scambio e confronto tra operatori che a vario titolo operano all'interno del carcere e volontari, anche al fine di garantire un'efficace e razionale programmazione delle attività e assicurare puntuale informazione ai volontari in merito a modifiche normative e regolamentari d'interesse;

prevedere, in collaborazione con gli Enti Locali, momenti sistematici di confronto e condivisione anche promuovendo la partecipazione delle rappresentanze del volontariato ai Comitati locali.

Il Provveditorato, la Regione, i singoli istituti e gli Uffici Esecuzione penale esterna che saranno individuati, in collaborazione con gli enti locali, si impegnano a sottoporre alla Cassa delle Ammende (Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero) il co-finanziamento di progetti che possano consentire l'accesso a misure alternative in favore di coloro che, per situazione sociale, familiare ed economica, non siano nelle condizioni di essere ammessi. La Regione si impegna, anche utilizzando le reti di volontariato presenti sul territorio e già coinvolte in progetti in corso, a definire strumenti e percorsi per la realizzazione - nei tre anni successivi alla sottoscrizione del protocollo - di almeno quattro esperienze progettuali di questo tipo diffuse nel territorio.

Questo Protocollo contribuisce al processo di diminuzione del sovraffollamento nelle carceri in quanto impegna la Regione e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria a realizzare una programmazione comune che è stata oggetto di confronto nell'ambito della Commissione regionale Area Penale Adulti a livello regionale, e dei Comitati locale in ambito territoriale.

6. Politiche regionali per l'esecuzione penale in Emilia-Romagna nell'anno 2014 in ambito sociale

6.1 Programma Carcere sull'Esecuzione Penale regionale

La Regione Emilia Romagna, in accordo con l'art. 27 della Costituzione²⁹, nell'ambito delle sue politiche sociali, sostiene l'esecuzione penale attraverso l'assegnazione di contributi ai Comuni sede di carcere mediante uno specifico Programma regionale.

I progetti sono oggetto di confronto e discussione con i soggetti istituzionali territoriali e del terzo settore attraverso i Comitati Locali per l'Area Penale ai sensi della Legge regionale n. 2 del 2003.

Nel 2014 l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali, per quel che riguarda il Programma Carcere della Regione ha messo a disposizione, per i Comuni sede di carcere, contributi per EURO 550.000,00³⁰ per la realizzazione di tre macro-interventi:

Sportelli informativi, reinserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti

- a) Gli **Sportelli informativi** sono attivi negli Istituti penitenziari della regione fin dal 1996. Sono stati istituiti in prima istanza per rispondere ai bisogni della popolazione detenuta straniera, nel tempo sono diventati un servizio permanente in tutte le carceri della Regione Emilia-Romagna e si rivolgono a tutte le tipologie di detenuti. Negli ultimi anni, infatti, agli sportelli di mediazione si sono affiancati in molti istituti penitenziari sportelli-lavoro, sportelli di ascolto curati da associazioni di volontariato, sportelli informativi curati dal privato sociale e sportelli di mediatori/mediatrici sanitari. In particolare a seguito del processo di riordino dei circuiti penitenziari è stato richiesto ai Comuni sede di carcere

²⁹ "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

³⁰ DGR 339/2014.

di caratterizzare gli sportelli in funzione delle specificità della popolazione carceraria reclusa con particolare attenzione agli stranieri e alle persone prive di risorse familiari/relazionali al di fuori del carcere. Un'attenzione particolare è stata richiesta per i nuovi giunti e i dimittenti per i quali le programmazioni locali hanno previsto specifici tavoli di confronto.

- b) **Reinserimento sociale:** accoglienza, accompagnamento sociale, tirocini e inserimenti lavorativi delle persone coinvolte in area penale esterna, di condannati in esecuzione penale esterna e di soggetti che abbiano terminato di scontare la pena da non più di 6 mesi, residenti nel territorio provinciale. Tali azioni si intendono in continuità con gli interventi previsti dal Progetto AC.E.RO in collaborazione con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, in particolare con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna. In particolare si fa riferimento all'Azione 2 del progetto sopracitato, che prevede percorsi di inclusione lavorativa, a favore delle persone condannate in esecuzione penale esterna, su tutto il territorio regionale attraverso un percorso di accompagnamento dei beneficiari finalizzato ad un graduale rientro nel tessuto socio-lavorativo.
- c) **Miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti:** a seguito del processo di umanizzazione della pena legato all'adeguamento del sistema penitenziario italiano alle sentenze della CEDU, in tutti gli II.PP della nostra regione è sensibilmente aumentato il numero di ore trascorso dai detenuti fuori dalle celle. Risulta pertanto fondamentale garantire alle persone un efficace e attivo utilizzo del tempo detentivo attraverso l'incremento dell'offerta di specifiche attività di diversa natura (formative, culturali, ricreative, ecc..). Con l'obiettivo di favorire le attività trattamentali e facilitare l'esecuzione penale delle persone ristrette si prevedono le seguenti attività: promozione e sostegno ad attività di miglioramento degli aspetti relazionali dentro gli istituti penitenziari attraverso l'accesso ad attività culturali e sportive, biblioteche e centri di documentazione, ma anche progetti sperimentali di studio e/o lavoro all'interno del carcere ed il sostegno alla realizzazione delle attività a titolo volontario e gratuito svolte all'esterno del carcere ai sensi dell'art 21 dell'ordinamento penitenziario, così come modificato dalla L. 94/2013.

Le risorse aggiuntive stanziare nel programma sono destinate ad azioni volte a garantire, la **funzione di raccordo tra l'interno delle strutture detentive e i servizi territoriali del comune di residenza**, prevedendo uno stretto collegamento con lo sportello informativo e con l'equipe del carcere ed il coordinamento con l'insieme dei servizi territoriali (sociali, anagrafici, del lavoro, ecc..), al fine di costruire i percorsi di uscita per le persone dimittenti con carattere di elevata fragilità. Per le persone con problematiche complesse di natura sanitaria tale attività dovrà essere esercitata in raccordo con il referente sanitario appositamente individuato nell'ambito della nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria carceraria, al fine di garantire la continuità delle cure anche dopo le dimissioni.

Il 70% delle risorse del Programma Carcere 2014 è stato destinato alle azioni a) e c), il 30% è stato riservato al reinserimento sociale, all'accoglienza e all'accompagnamento sociale e lavorativo delle persone coinvolte in area penale esterna.

A queste risorse si aggiunge la quota parte di co-finanziamento dei Comuni sede di Carcere nella misura del 30%. I Comuni sede di carcere, inoltre, in sede di programmazione annuale possono decidere di destinare parte delle risorse regionali (es. del Fondo sociale locale) a progetti per il carcere, che vanno a sommarsi a progettazioni specifiche³¹.

³¹ Si rimanda alla sintesi della lettura del Programma Carcere 2014 al paragrafo 6.2.1 della presente relazione.

6.2 Risorse economiche e Programmi Attuativi in ambito sociale 2014

Per l'anno 2014, come meglio specificato in dettaglio nella tavola economica (tav. 1) le risorse messe a disposizione in ambito sociale per l'area penale sono state oltre 1 Milione e 600mila Euro.

Si evidenzia che, anche dal 2010 al 2013 le risorse regionali e comunali hanno subito una graduale diminuzione, compensate tuttavia dalle risorse provenienti dal Fondo Sociale Europeo.

Il 2014 per i fondi europei è stato un anno di transizione, la programmazione infatti copriva il settennio 2007-2013 e la nuova programmazione, di fatto è partita nel 2015³².

Tuttavia, come si evince dalla tabella 40 è stato incrementato lo stanziamento a favore dei comuni sedi di carcere per progetti promossi all'interno dei Programmi attuativi annuali dei Piani di zona distrettuali anche al fine di dare attuazione al "Protocollo operativo integrativo del Protocollo d'intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Emilia-Romagna per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena e al reinserimento sociale delle persone detenute.

Tab.40 - Contributi in area penale adulti secondo per fonte di finanziamento negli 2010-2014

Anno di riferimento	Regione Emilia-Romagna	FSE	Comuni Sede di carcere	Altri EELL/TERZO SETTORE	Cassa delle Ammende	Totale contributi per anno di riferimento
2010	500.752,00	520.365,00	293.945,23	74.000,00	-	1.389.062,23
2011	467.237,00	626.821,46	214.369,48	102.680,00	-	1.411.087,94
2012	483.409,18	690.688,10	172.445,87	152.832,00	-	1.499.375,15
2013	420.003,80	1.217.842,00	182.023,53	76.117,00	455.793,75	2.351.780,08
2014	608.448,00	179.762,00	258.246,41	102.472,00	455.793,75	1.614.740,16

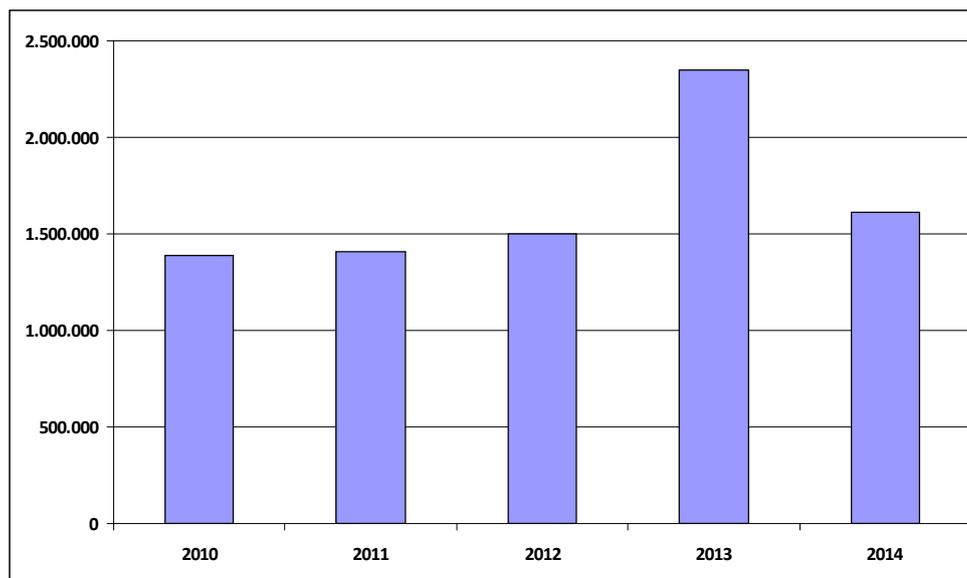
Fonte: RER-SPA

Inoltre, dalla progettazione congiunta tra il servizio regionale dell'Assessorato delle Politiche Sociali e il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria, è stato possibile ottenere un importante contributo da Cassa Ammende per la gestione della seconda annualità dell'azione accoglienza del Progetto A.C.E.RO.

Negli ultimi cinque anni la Regione, gli Enti Locali, il Terzo Settore, il Fondo Sociale europeo, hanno messo a disposizione per l'area penale adulti, nell'ambito delle politiche sociali, oltre 8 mln di euro.

³² Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 6.4 Progetti finanziati con il Fondo sociale europeo

Fig. 24 - Contributi in area penale adulti negli 2010-2014 (in mln di euro)



Fonte: RER-SPA

Segue la tavola economica e le schede sintetiche degli interventi promossi dai Comuni sede di carcere per l'area penale adulti redatte in ambito distrettuale a seguito del confronto all'interno dei Piani per la Salute e il Benessere Sociale.

Tab.41 - Programma Carcere 2013 - D.A.L. n.117/2013 – DGR n.855/2013 – Det. Assegnazione n. 10973/2013. Det. Liquid. N. 14854/2013

Comuni sede di carcere	Costo totale progetti	Risorse regionali			Risorse Comunali		Altre risorse			
		Totali	di cui		Programma carcere	Totali	FSE Provincia azione b) Progetto AC.E.RO	FSE (area penale)	Soggetti Terzo Settore, ASL, Prov., SerT, Comune	Cassa delle Ammende
			Programma Carcere	Altri contributi regionali*						
PROV. PC										
Piacenza	85.490,00	64.429,40	49.141,40	15.288,00	21.060,60					
PROV. PR										
Parma	195.766,10	91.354,10	78.194,10	13.160,00	42.000,00	62.412,00			62.412,00	
PROV. RE										
Reggio Emilia*	75.118,29	52.582,80	52.582,80		22.535,49					
PROV. MO	0,00									
Modena**	170.724,82	89.319,00	89.319,00		41.345,82	40.060,00			40.060,00	
PROV. BO										
Bologna	218.425,71	161.898,00	131.898,00	30.000,00	56.527,71					
PROV. FE	189.762,00					189.762,00	10.000,00	179.762,00		
Ferrara	72.519,59	55.784,30	55.784,30		16.735,29					
PROV. RA										
Ravenna	39.018,00	20.809,00	20.809,00		18.209,00					
PROV. FC										
Forlì	52.700,00	33.454,50	33.454,50		19.245,50					
PROV. RN										
Rimini	59.421,90	38.816,90	38.816,90		20.605,00					
						455.793,75				455.793,75
Totale	1.614.740,16	608.448,00	550.000,00	58.448,00	258.264,41	748.027,75	10.000,00	179.762,00	102.472,00	455.793,75

* Fondo sociale locale/Fondo Straordinario/Fondo Sanitario regionale ** Include anche Castelfranco Emilia

6.2.1 Piani Attuativi del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale (D.A.L. n.117/2013 – D.G.R. n.339/2014 – Det. n.6666/2014 – Det. n.16842/2014

Come definito con DGR n.339/2014 i Comuni sede di carcere hanno inviato alla Regione i Programmi attuativi.

Di seguito si presentano alcuni elementi di valutazione trasversale e una scheda sintetica per ogni Programma Carcere locale:

- Le progettazioni sono in continuità con le programmazioni degli anni precedenti;
- In tutti i Programmi si evidenzia un ampio coinvolgimento degli attori locali, in particolare dei referenti dell'Amministrazione Penitenziaria (direttori di carcere e direttori o referenti degli uffici di esecuzione penale esterna);
- Le progettazioni sono passate per la condivisione/approvazione dai Comitati Locali;
- Rispetto agli elementi di novità si segnalano alcuni interventi volti all'implementazione di azioni o alla creazioni ex novo di progetti alla luce della firma del Protocollo operativo integrativo.

In particolare si segnala:

- Aumento delle opportunità laboratoriali all'interno degli IIPP;
- Introduzione di figure *ad hoc* dedicate al raccordo dentro-fuori;
- Consolidamento e implementazione del servizio per i nuovi giunti;
- Creazione di gruppi di lavoro per affrontare il tema delle dimissioni, in particolare:
 - il Comune di Bologna ha coinvolto il Servizio Sociale bassa soglia e il Servizio di prossimità per le persone non residenti al fine di predisporre congiuntamente percorsi di accoglienza e reinserimento sociale;
 - il Comune di Modena ha costituito un "tavolo dimittendi" presenziato da rappresentanti del Comune (Servizi Sociali, Centro Stranieri, Area Integrazione Sociale), della Casa Circondariale, del Volontariato locale, dell'AUSL e dell'Uepe.
- Azioni di orientamento (attraverso lo sportello informativo in carcere) per dimittendi attraverso un raccordo dei servizi territoriali competenti (centri per l'impiego, servizi sociali, servizi sanitari, ...)
- Aumento del coinvolgimento delle associazioni di volontariato che operano in area penale in particolare a Modena, Castelfranco E., Ferrara, Forlì e Rimini. Si segnala che le attività proposte dalle associazioni di volontariato sono aumentate in tutti gli IIPP e sono volte a far fronte dall'aumentata esigenza di impegnare i detenuti che beneficiano della sorveglianza dinamica (più ore fuori dalla cella).
- Il tema della genitorialità in carcere viene affrontato attraverso specifiche progettazioni in quasi tutti gli IIPP, in particolare Ferrara e Rimini hanno intrapreso una collaborazione con il Centro per le famiglie e Forlì ha previsto una azione che favorisca le relazioni tra figli e genitori detenuti.

6.2.1.1 Schede sintetiche dei Programmi Attuativi

Soggetto attuatore	Comune di Piacenza	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	CLEPA (Comitato Esecuzione Penale Adulti) ³³ Enti Formazione, Coop Sociali, Aziende del territorio, SVEP, Associazioni di Volontariato, Istituti scolastici, Caritas		Regionali da Programm a Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Sportello detenuti immigrati e dimittendi: sportello informativo e accompagnamento al reinserimento sul territorio rivolto a detenuti prossimi alla dimissione dalla Casa circondariale. Mediazione culturale a favore di persone recluse di lingua araba	18.446,86	7.135,00	3.057,86	8.254,00 ³⁴
	Progetto CLEPA: I finanziamenti (Determina dirigenziale regionale n.6666 del 19/05/2014) saranno destinati alla copertura delle quote di co-finanziamento dei Progetti e all'acquisto di materiali per la realizzazione delle attività previste come da indicazioni del CLEPA. I Progetti dovranno inoltre essere monitorati in itinere dai gruppi stabili di lavoro tecnico che affiancano il CLEPA: 1) Gruppo lavoro e formazione 2) Gruppo scuola 3) Gruppo cultura e sport	22.432,00	15.702,40	6.729,60	
	Inserimento occupazionale di persone private della libertà ed ex detenuti Inserimenti lavorativi all'interno e all'esterno della CC di Piacenza; - realizzazione di tirocini formativi; - colloqui informativi, di orientamento e promozione circa tematiche lavorative; - ricerca di commesse di lavoro e sensibilizzazione del territorio produttivo sulla situazione carceraria e sulle buone prassi di collaborazione: realizzazione di un convegno sul tema del lavoro nel carcere	25.570,74	12.975,72	5.561,02	7.034,00 ³⁵
	Progetto "Parole Oltre il muro" Realizzazione del concorso letterario "Parole oltre il muro": percorsi di scrittura auto-riflessiva. - Preparazione degli scritti con i/le detenuti/e in collaborazione con area 'trattamentale' carceraria, scuola del carcere e volontari. - Organizzazione di un evento pubblico, per far conoscere alla cittadinanza la realtà del carcere attraverso gli elaborati dei partecipanti e per premiare i vincitori del concorso. - Organizzazione di eventi di sensibilizzazione nelle scuole cittadine. - Predisposizione di un numero speciale di "Sosta forzata" (giornale del carcere) per la diffusione dei materiali del premio letterario.	5.000,00	3.500,00	1.500,00	
Az. B	Progetto ACERO Attività socio-educative finalizzate all'inserimento occupazionale di persone in stato di detenzione o sottoposte a misure alternative alla pena.	14.040,40	9.828,28	4.212,12	
Costo progetti		85.490,00	49.141,40	21.060,60	15.288,00

³³ Formato da: Ass Serv Soc Comune, Direttore CC, Direttore UEPE, Prefetto, Magistrato di Sorveglianza, Resp. medicina penitenziaria Azienda Usl, Garante, Dirigente Serv. Formaz, scuola - Comune Referente Fondazione di Piacenza e Vigevano, Dirigente Ctp e Istituto "Italo Calvino", Dirigente Istituto "Raineri", Dirigente Settore Formazione e lavoro - Provincia di Piacenza, Direttore Caritas Diocesana, Direttore Svep, Referente Centrali Cooperazione.

³⁴ Fondo sociale locale/Fondo Straordinario.

³⁵ Fondo sociale locale/Fondo Straordinario.

Soggetto attuatore	Comune di Parma	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	Prov. di Parma, IIPP di Parma, UEPE, Garante del Comune di Parma, Associazione Assistenti Volontari Penitenziari "Per Ricominciare", IN&CO, Consorzio Forma Futuro, Ass. Teatro Europa, Prefettura di Parma, Magistrati di Sorveglianza, Questura di Parma, Caritas Diocesana, Ass. di Volontariato, Consorzio Solidarietà Sociale, Coop Sociali/Ditte, Ausl – Equipe carcere, Azienda Ospedaliera		Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Sportello informativo e mediazione linguistico-culturale Ad oggi il servizio è coordinato dal coordinatore dello sportello (che su specifico incarico svolge anche funzioni di Garante dei diritti dei detenuti) Lo sportello soddisfa i seguenti bisogni: <ul style="list-style-type: none"> sostenere il processo di adattamento alla vita detentiva offrire supporto al lavoro degli operatori penitenziari anche in chiave di mediazione culturale collaborare al contenimento e/o diminuzione dei fenomeni di conflitto tra operatori penitenziari e detenuti. Per quanto concerne i bisogni dei detenuti relativi al loro reinserimento gli obiettivi del servizio sono: <ul style="list-style-type: none"> favorire la soddisfazione dei diritti dei detenuti quando questi sono riconducibili a competenze della municipalità agire con un ruolo di facilitatore nelle relazioni tra carcere e Incontri di informazione/formazione congiunta tra mediatori linguistico-culturali ed operatori dell'Area Trattamento (permessi di soggiorno,...)	97.852,93	62.555,28	35.297,65	
Azioni A + C	Miglioramento delle condizioni di vita nelle carceri (azione regionale c) a-Laboratorio teatrale b-Accoglienza delle famiglie non residenti in visita c-Accoglienza di detenuti in permesso				
	Promozione del benessere psicofisico negli IIPP: sostegno psicologico, gruppi di informazione sanitaria, laboratorio di pittura, attività motorie, gruppi di sostegno ruolo genitoriale, corso operatore socio-sanitario, progetto specifico per detenuti stranieri per la promozione della salute	75.572,00			13.160,00 ³⁶ 62.412,00 ³⁷
Az. B	Attività del Comitato Area Esecuzione Penale Adulti (azione regionale b+c): -monitoraggio dei percorsi di formazione e lavoro; -attuazione progetto ACERO, -consolidamento del progetto reinserimento delle persone a fine pena, - attivazione tirocini formativi a favore di persone in misura penale, - sviluppo ed ampliamento della collaborazione con associazioni di volontariato, - costituzione di un gruppo di lavoro per affrontare la tematica delle dimissioni difficili.	22.341,17	15.638,82	6.702,35	
Costo progetti		195.766,10	78.194,10	42.000,00	75.572,00

³⁶ Fondo sanitario regionale.

³⁷ Fondazione Cariparma.

Soggetto attuatore	Comune di Reggio-Emilia	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	CC e OPG, UEPE, Regione E-R, Servizi comunali diversi dai Servizi Sociali, Azienda USL, SerT, DSM, Provincia di Reggio (Centro per l'impiego, Enti di Formazione, Agenzia per il Lavoro), Associazioni di volontariato, Organizzazioni e cooperative del provato sociale		Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Sportello informativo per tutti i detenuti per: <ul style="list-style-type: none"> - migliorare conoscenza regole vita carceraria - conoscere opportunità offerte dalla struttura penitenziaria e dal contesto reggiano - mediazione linguistica - favorire il superamento di bisogni conseguenti alla detenzione (documenti, genitorialità, ...) 	60.094,63	42.066,24	18.028,39	
	Azioni A + C				
	Miglioramento della vita carceraria: <ul style="list-style-type: none"> - attività corsuali, socio ricreative, laboratoriali, - raccordo con i servizi territoriali (UEPE, Poli territoriali di servizio sociale, centro per l'impiego, ...) sia in fase di esecuzione della pena che al raggiungimento del fine pena. - azioni di rete con gli altri soggetti coinvolti 				
	Az. B				
	Interventi inserimento sociale/tirocini (ACERO) attraverso percorsi di formazione, orientamento e accompagnamento in particolare attraverso due progetti sperimentali: il progetto IREN (progetto verde) e ACER (progetto manutenzione immobili).	15.023,66	10.516,56	4.507,10	
Costo progetti		75.118,29	52.582,80	22.535,49	

Soggetto attuatore	Comune di Modena	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	Direzione CC S. Anna (Modena), Direzione CR Castelfranco E., UEPE, Magistrato di sorveglianza, DSM, Assessorato Serv. Soc. Comune Modena, Consorzio Solidarietà Soc. Modena, ARCI Modena, Ass. Porta Aperta, Ass. Gruppo Carcere-Città, Ass CSI Modena Volontariato, ASS. UISP, ASS. Il Teatro dei Venti, Ass. Rinnovamento dello spirito.		Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Sportello informativo e di mediazione, implementato delle funzioni alla luce delle evoluzioni dinamiche e in attuazione del Protocollo integrativo operativo tra Ministero e RER.: - consolidamento del servizio rivolto ai nuovi giunti - informazione e orientamento per i dimittendi - mediazione per i detenuti stranieri	145.502,12	71.455,20	33.689,92	40.060,00
	Azioni A + C Miglioramento delle condizioni di vita in carcere: progetti di sostegno e accompagnamento, progetti sportivi, attività ricreative e culturali, progetto Peter-Pan (essere genitori in carcere). Tutti i progetti sono realizzati con il supporto e la partecipazione delle Associazioni di Volontariato presenti sul territorio di Modena e Castelfranco E.				
	Az. B Percorsi di supporto al reinserimento sociale di persone in area penale o che abbiano terminato la pena entro 6 mesi: - realizzazione di percorsi di accoglienza e accompagnamento sociale - tirocini formativi e inserimenti lavorativi	25.516,70	17.863,80	7.655,90	
Costo progetti		170.724,82	89.319,00	41.345,82	40.060,00³⁸

³⁸ Risorse provenienti dalle Associazioni di Volontariato, in particolare: 8.500,00 Associazione Carcere e Città, 14.560,00 Associazione Csi Volontariato Modena, 3.500,00 Associazione Uisp, 3.000,00 Associazione Teatro dei Venti. 10.500 Associazione Arci.

Soggetto attuatore	Comune di Bologna	Costo progetti		
		Totale	di cui	
Soggetti coinvolti	ASP Città di Bologna, Serv. Sociale Bassa Soglia, CC Bologna, Comitato Locale Carcere, Associazioni di Volontariato enti del terzo settore, AUSL distretto Città di Bologna, AUSL Dipartimento Cure Primarie, AUSL DSM-DP	Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Azioni A + C Sportello i intermediazione culturale Tirocini formativi Progetto dimittendi e azioni per umanizzazione della pena	150.740,57	105.518,40	45.222,17
		Az. B Re-inserimento sociale, percorsi di inclusione lavorativa, interventi in area esecuzione penale – PROGETTO ACERO	37.685,14	26.379,60
Costo progetti		188.425,71	131.898,00	56.527,71

Soggetto attuatore	Comune di Ferrara	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	ASP Centro servizi alla persona di Ferrara, Assessorato alla sanità e alle politiche sociali, UEPE ufficio esecuzione penale esterna, Casa Circondariale di Ferrara, Aziende, Ditte, Cooperative, Associazioni(es. Integrazione lavoro, coop Il Germoglio, Camelot, ecc.)	Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi	
Progetti	Azioni A + C Sportello informativo: attività di mediazione culturale in più lingue. Inoltre è prevista un'attività sperimentale di ascolto di tutti i nuovi giunti, la mediazione sanitaria al bisogno, l'affiancamento agli educatori per tutte le comunicazioni inerenti le attività socializzanti nell'ambito dell'istituto, la predisposizione/consegna documentazione agli uffici preposti per le domande di permesso di soggiorno. Miglioramento delle condizioni di vita in carcere, attraverso diversi progetti: - Corso di formazione giornale in carcere - Sostegno ad eventi in carcere (feste e celebrazioni) - Tutoraggio e assistenza per percorsi di inserimento lavorativo - borsa lavoro per RAE - borsa lavoro per Riciclette - altre attività di sostegno per attività dei detenuti (biblioteca, primissima assistenza per dimessi, Attività sperimentale di detenuti in attività volontarie sul territorio	66.581,23	44.627,44	11.953,79	10.000,00 ³⁹
		Az. B Inserimenti lavorativi territoriali in collaborazione con l'UEPE (ACERO)	15.938,36	11.156,86	4.781,50
Costo progetti		82.519,59	55.784,30	16.735,29	10.000,00

³⁹ Contributo Provincia Ferrara.

Soggetto attuatore	Comune di Ravenna	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	Provincia di Ravenna, Cooperazione Sociale, Ser.T, Caritas, Comitato Cittadino Antidroga, LIFE, Comitato Pro detenuti, ARCI, UISP, Associazioni Poveri d'Arte Teatro, Associazione Culturale Arti e Mestieri, Federpanificatori, IAL Emilia Romagna, Auser, Carcere, UEPE		Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Consolidamento delle attività dello sportello informativo per i detenuti, già attivato ma per il quale si prevede un ampliamento di orario in termini di disponibilità di un operatore dedicato	27.856,20	16.647,20	11.209,00	
	Consolidamento attività di reinserimento sociale e lavorativo attraverso diverse modalità:				
	- informazione				
	- supporto psicologico				
	- potenziamento attività tirocini lavorativi				
	- potenziamento attività di volontariato attraverso il progetto Laboriosamente				
	Miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti attraverso la sperimentazione di progetti che prevedono lo svolgimento di attività ludiche, ricreative, sportive, laboratoriali (quali ad es laboratorio di scrittura, laboratorio di lettura, teatro, sport, ecc.)				
Azioni A + C					
Az. B	Tirocini e inserimenti lavorativi – Progetto ACERO	11.161,80	4.161,80	7.000,00	
Costo progetti		39.018,00	20.809,00	18.209,0	

Soggetto attuatore	Comune di Forlì	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	Casa Circondariale di Forlì, Servizio Sociali Comunali, Sert Forlì-Cesena, Ass. Amici di Sadurano, Ass. Papa Giovanni XXIII, Ass. Centro di Solidarietà di Forlì, Gruppo di preghiera Montepaolo, Ass. Con...tatto, Ass, San Vincenzo De' Paoli di Cesena, Ass. San Vincenzo De' Paoli di Forlì, Pro Loco di Terra del Sole, Ass. V.I.P. Clown di Forlì, Cooperativa Sociale San Giuseppe di Castrocaro Terme e Terra del Sole, Croce Rossa Italiana – Comitato Provinciale di Forlì-Cesena, Techne.		Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Servizio dello sportello informativo per i detenuti e azioni per il miglioramento delle condizioni di vita in carcere attraverso attività realizzate dalle associazioni e dai servizi in rete. In particolare: <u>Sportello:</u> <ul style="list-style-type: none"> - accoglienza nuovi giunti; - interventi legati alla formazione professionale - informazioni relative all'inserimento lavorativo - azioni di supporto per i dimittendi - informazioni generali su diritti dei detenuti, trattamenti pensionistici e previdenziali, posizione anagrafica 	43.000,00	26.763,60	16.245,40	
	Azioni A + C				
	Miglioramento: <ul style="list-style-type: none"> - accesso ad attività culturali e sportive - progetti sperimentali studio e lavoro - azioni favorevoli la genitorialità - coinvolgimento della sezione femminile a progetti in area pedagogica coinvolgendo le agenti - attività delle associazioni di volontariato a favore dei detenuti in permesso o nella fase successiva alla scarcerazione Prosecuzione azioni rafforzanti il lavoro di rete (privato sociale e soggetti istituzionali) finalizzate alle esigenze espresse dalla Direzione del Carcere di Forlì				
	Az. B				
	Tirocini e inserimenti lavorativi – Progetto ACERO	9.700,00	6.690,90	3.009,10	
Costo progetti		52.700,00	33.454,50	19.245,50	

Soggetto attuatore	Comune di Rimini	Costo progetti			
		Totale	di cui		
Soggetti coinvolti	Casa Circondariale di Rimini Azienda USL Rimini / SerT Rimini Centro per le famiglie, Associazione di volontariato Madonna della Carità PRAP, Associazionismo, Terzo Settore		Regionali da Programma Carcere	Comunali	Altri contributi
Progetti	Sportello Carcere - ascolto e verifica situazioni personali - informazioni per accesso dei servi - attività di sostegno dei legami famigliari - organizzazione di interventi e laboratori - gestione di colloqui mediazione linguistica	21.000,00	14.660,00	6.340,00	
	Azioni A + C Miglioramento delle condizioni di vita attraverso il progetto di Osservazione e coordinamento attività ANDROMEDA (detenuti in custodia attenuata), percorsi di accompagnamento con laboratori artigianali	25.893,52	15.393,52	10.500,00	
	Progetto: "Padre oltre le sbarre" in collaborazione con il Centro per le famiglie del Comune di Rimini e con lo sportello del carcere	1.400,00	1.000,00	400,00	
	Az. B Percorsi di inclusione sociale (direttamente connesso con ACERO)	11.128,38	7.763,38	3.365,00	
Costo progetti		59.421,90	38.816,90	20.605,00	

6.3 Progetti sperimentali e innovativi promossi dalla Regione Emilia Romagna

La Regione sostiene e favorisce azioni e attività che hanno come obiettivo la diminuzione del sovraffollamento, facilitando percorsi di inserimento sociale e lavorativo per le persone in esecuzione penale esterna. Le misure alternative, infatti, possono rappresentare uno strumento utile ad arginare il grave problema del sovraffollamento solo se sono affiancate da un percorso alternativo, individuale e personalizzato, che miri ad un reinserimento dell'individuo all'interno della società. Affinché questi percorsi possano essere realizzati è necessario disporre di risorse specifiche da investire in formazione, inserimenti lavorativi (tirocini) e accoglienza abitativa.

La Regione, inoltre, sostiene e favorisce il lavoro dell'associazionismo e del "volontariato di giustizia", in quanto rappresentano una grande risorsa a supporto di tante azioni utili per i condannati, i loro familiari e la comunità tutta.

Di seguito presentiamo i progetti che sono stati realizzati nell'anno 2014; si tratta di progetti sperimentali o innovativi, alcuni dei quali hanno avuto durata pluriennale, mentre altri vengono rinnovati annualmente su presentazione di progetto presso il tavolo di coordinamento regionale.

6.3.1 Progetto AC.E.RO - Accoglienza e Lavoro

Il progetto è stato presentato dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria Emilia Romagna e dall'Assessorato alle Politiche Sociali dell'omonima Regione a Cassa delle Ammende nell'estate del 2012.

Il Progetto ha ottenuto la parziale copertura finanziaria da Cassa delle Ammende per il biennio 2013-2014, ed è stato inserito all'interno della programmazione regionale annuale sul carcere.

Obiettivo primario del progetto è implementare competenze ed abilità per l'acquisizione e/o consolidamento del livello di autonomia per coloro che sono dimessi dal carcere per l'ammissione ad una misura alternativa, al fine di ridurre e /o contenere il rischio di recidiva.

Il progetto operativamente ha coinvolto diversi attori istituzionali del territorio, dalla Magistratura di Sorveglianza ai comuni sede di carcere, alle province al terzo settore, alle aziende privati del profit.

Il Progetto, di durata biennale si articola in due azioni:

Accoglienza (Azione 1) finanziata attraverso i fondi di Cassa Ammende, ha accolto oltre 100 persone nel biennio 2013-2014 per una durata media di circa 6 mesi. L'azione è rivolta a persone dimesse dal carcere per la fruizione di misura alternativa presso Residenze Riabilitative Collettive⁴⁰ che possono assicurare, oltre ad una idonea struttura abitativa, anche consolidate buone prassi di interazione con il volontariato.

Il gruppo tecnico regionale, costituito da tre referenti dell'amministrazione penitenziaria, due referenti regionali (in rappresentanza dell'Assessorato alle Politiche Sociali e dell'Assessorato Formazione professionale e Lavoro), un rappresentante regionale del garante delle persone private della libertà personale e un referente amministrativo, è stato incaricato della valutazione delle candidature da inviare nelle strutture di accoglienza, a seguito della selezione dei candidati nei tavoli tecnici locali.

Il gruppo tecnico regionale ha preso in esame oltre 130 segnalazioni, effettuate per il 60% dagli Istituti Penitenziari, il resto dagli Uffici Esecuzione Penale Esterna.

⁴⁰ Si vedano le schede di presentazione delle strutture di accoglienza in allegato alla Relazione anno 2013.

Le strutture residenziali individuate per la realizzazione dell'azione 1 hanno sottoscritto apposita convenzione, impegnandosi a rispettare modalità operative comuni definite in fase progettuale.

Lavoro e Formazione (Azione 2) finanziata con fondi regionali, comunali e provinciali ha previsto il coinvolgimento di circa 330 percorsi di inclusione lavorativa sostenuti da attività di tutoraggio per facilitare il graduale rientro nel tessuto lavorativo delle persone beneficiarie della misura alternativa alla detenzione.

Il coinvolgimento dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione regionale previsto nel progetto ha favorito la partecipazione e collaborazione degli attori interessati: referenti degli Istituti Penitenziari, referenti degli Uffici Esecuzione Penale Esterna, referenti dei Comuni sede di Carcere e referenti provinciali.

I tavoli tecnici locali sono stati costituiti da un referente dell'ufficio esecuzione penale adulti, un referente del Comune sede di carcere, un referente provinciale, un rappresentante dell'Istituto Penale hanno avuto il compito di valutare ed approvare i percorsi di inserimento lavorativo.

Il percorso di inclusione è stato supportato dai comuni sedi di carcere attraverso il finanziamento di azioni di sostegno, finalizzate alla compiuta realizzazione del percorso del tirocinio. In alcuni casi le risorse messe a disposizione dei Comuni si sono sommate alle risorse del Fondo Sociale Europeo, per una specifica azione di sostegno al reddito, in altri comuni è stata fatta la scelta di aumentare il numero dei beneficiari allo scopo di offrire ad un più alto numero di persone l'opportunità di effettuare un percorso di inserimento lavorativo.

Il coinvolgimento della **Magistratura di Sorveglianza**, a cui ha fatto seguito la sigla del protocollo di intesa⁴¹ l'11 febbraio 2013 tra Provveditore Regionale, l'Assessore Regionale alle Politiche Sociali e il Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna, rappresenta un elemento fondamentale per la realizzazione del progetto che coinvolge esclusivamente condannanti ammessi a misura alternativa alla detenzione. Il Progetto, infatti, promuove modalità innovative di programmi trattamentali quali possibili buone prassi da riproporre in altre realtà territoriali.

6.3.2 Progetto Cittadini Sempre

Si tratta di un progetto che si propone di sostenere e qualificare la rete del volontariato attivo nell'area dell'esecuzione penale sul territorio regionale, nonché di sensibilizzare la società civile sulle tematiche proprie di questa area di intervento.

Il Progetto viene gestito da un tavolo di coordinamento a livello regionale e vede il coinvolgimento della Provincia di Bologna quale ente gestore del progetto, la Conferenza Regionale Volontariato Giustizia, i Centri Servizi di Volontariato presenti sul territorio e la partecipazione del Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria.

Le azioni sono state realizzate a partire dal 2012 e sono proseguite per tutto il 2014.

A gennaio 2013 è stata presentata la mappatura delle realtà di volontariato presenti sul territorio regionale.

La presentazione di questo lavoro, avvenuta a conclusione delle azioni 2012, è stata un'importante occasione di incontro e di condivisione tra volontari e referenti istituzionali per riflettere sulle proposte e sulle criticità rilevate nel corso della mappatura.

⁴¹ Allegato n.5.

Nel corso della presentazione di questo lavoro sono stati organizzati dei Focus Group, condotti da IRESS i cui esiti sono pubblicati sul sito <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/>.

Tra le attività realizzate nel biennio 2013-2014 si segnalano nove azioni progettuali relative a ciascun comune sede di carcere e coordinate dai Centri Servizi Volontariato (CSV). Scopo delle azioni è quello di favorire la collaborazione/condivisione tra le associazioni di volontariato che operano in area penale su specifiche tematiche: organizzazione di percorsi di formazione congiunta (volontari, agenti, formatori, psicologi del carcere), attivazione di percorsi di conoscenza delle opportunità presenti sul territorio, definizione di protocolli/accordi locali.

In particolare ogni CSV ha accompagnato la rete di associazioni presenti sul proprio territorio provinciale.

Si presenta di seguito una breve sintesi dei progetti presentati:

Piacenza: Carcere e Territorio

Reciproca e approfondita conoscenza tra gli attori sociali che a vario titolo si interfacciano nei percorsi di esecuzione della pena e reinserimento sociale delle persone condannate, così come la condivisione di un orientamento sulle opportunità del lavoro in rete; sensibilizzazione della cittadinanza sui problemi della popolazione carceraria.

Parma: Orti per ricominciare

Percorsi di accompagnamento al reinserimento sociale di persone in esecuzione di pena attraverso l'attività orticola.

Reggio-Emilia: interventi formativi per il sostegno e la qualificazione dei volontari che operano all'interno della Casa Circondariale

Favorire la conoscenza tra Associazioni che operano all'interno della realtà carceraria di Reggio Emilia, supportando lo sviluppo di una rete locale che possa lavorare insieme anche in futuro; implementare la formazione dei volontari su specifiche tematiche utili al lavoro che questi svolgono all'interno del carcere.

Modena: formare cittadinanza accogliente

Formazione congiunta per co-progettare percorsi di accoglienza e accompagnamento per dimittendi e persone in misura alternativa alla detenzione.

Bologna: Cooperare per migliorare

Migliorare la conoscenza tra le associazioni del non profit impegnate nell'ambito dell'umanizzazione della pena carceraria, favorirne la collaborazione in rete e attivare percorsi di formazione congiunta degli operatori.

Ferrara: Promuovere e consolidare la rete di volontari della giustizia

Progetto finalizzato ad incrementare la quantità e la qualità del volontariato in ambito dell'esecuzione penale promuovendo e sostenendo una rete stabile volontaria, a partire dall'organizzazione di percorsi formativi, aperti agli altri soggetti del privato sociale e degli enti pubblici del territorio. Formazione - informazione congiunta tra Carcere, Istituzioni, Servizi e Terzo Settore.

Ravenna: onda su onda

Conoscenza e reti tra associazioni, formazione congiunta, apertura della realtà del carcere al territorio, finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione detenuta, allo studio ed alla realizzazione di percorsi di reinserimento sociale e lavorativo.

Forlì - Cesena: T.F.R. per il carcere (Territorio in formazione di Rete per il carcere)

Promozione della collaborazione tra volontari, agenti di Polizia Penitenziaria ed operatori dell'Amministrazione Penitenziaria per la co-programmazione, gestione ed attuazione di attività destinate a migliorare efficienza ed efficacia nella gestione dei percorsi di transizione tra carcere e libertà.

Rimini: sprigionare lavoro

Formazione congiunta (associazioni di volontariato e terzo settore, Casa circondariale di Rimini e Uepe di Rimini) finalizzata a promuovere il reinserimento lavorativo e sociale dei detenuti.

6.3.3 Progetto "STANZE DI TEATRO CARCERE"

Per il terzo anno, in collaborazione con l'assessorato alla Cultura è stata data continuità, con un contributo complessivo di 30.000 euro, al progetto Stanze di Teatro Carcere del Coordinamento Teatro Carcere Emilia Romagna che ha sviluppato attività laboratoriali all'interno degli Istituti Penitenziari regionali.

Il Progetto nasce nell'ambito del Protocollo di intesa di Teatro in carcere sottoscritto nel 2011, che ha visto il coinvolgimento dell'Amministrazione penitenziaria, della Regione Emilia-Romagna e del Coordinamento Teatro Carcere.

I punti cardine su cui si fonda il Protocollo sono:

- teatro come momento fondamentale di collegamento con la società;
- teatro come veicolo di crescita personale, come opportunità di cambiamento per chi vive l'esperienza del carcere;
- teatro come strumento per il reinserimento sociale;
- teatro come occasione di crescita psichica e sociale.

Il protocollo d'intesa, valido fino a dicembre 2015, parte dalla necessità di sviluppare programmi tesi al recupero e al reinserimento sociale dei cittadini detenuti e dimessi dal carcere.

Il coordinamento Teatro Carcere ha il compito di sviluppare i contenuti, organizzare seminari, attività laboratoriali, percorsi formativi ed elaborare proposte che verranno presentate al tavolo tecnico regionale per una condivisione degli obiettivi e per essere sostenute economicamente.

Il tavolo tecnico regionale rappresenta un momento di confronto tra rappresentanti regionali, PRAP e Coordinamento Teatro Carcere al fine di promuovere e diffondere esperienze di teatro carcere in Emilia Romagna.

Anche nel 2014 sono state realizzate attività laboratoriali all'interno degli Istituti Penitenziari regionali, e, dove è stato possibile, nei teatri cittadini e nazionali. In particolare, sono stati organizzati laboratori presso la Casa Circondariale di Ferrara (Teatro Nucleo), la Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia (Teatro dei Venti), la Casa Circondariale di Reggio Emilia (Coop. Giolli), la Casa Circondariale di Forlì (Associazione ConTATTO) e la Casa Circondariale di Bologna (Teatro del Pratello e Gruppo Elettrogeno). Complessivamente le esperienze teatrali attivate nel 2014 hanno visto il coinvolgimento di oltre 100 detenuti e un pubblico generico, studenti e operatori per circa un migliaio di spettatori.

6.3.4 Giustizia riparativa

Nel corso del 2014, infine, sono proseguite le attività relative al progetto sperimentale sul tema della Giustizia Riparativa promosso dalla Cooperativa di Solidarietà Sociale L'Ovile di Reggio Emilia, e si sono concluse nel marzo 2015.

La Giustizia Riparativa così come definita dalle Nazioni Unite è un processo che coinvolge la vittima, il reo e la comunità nella ricerca di soluzioni agli effetti del conflitto generato dal fatto delittuoso, allo scopo di promuovere la riparazione del danno, la riconciliazione tra le parti e il rafforzamento del senso di sicurezza collettivo.

Dei diversi possibili programmi di Giustizia Riparativa la mediazione penale è sicuramente quello centrale, ma non l'unico. Altre tipologie di intervento secondo l'approccio ripartitivo possono essere group conferencing con le famiglie e comunità, circlesentencing, peacemaking circle e percorsi riparativi in esecuzione penale.

Una molteplicità di programmi che consente di intervenire lungo un continuum di situazioni che vanno dal pre-penale al post-penitenziario, integrando conseguentemente con i sistemi sociali, giudiziari e penitenziari.

Questa praticabilità dei programmi di Giustizia Riparativa anche in ambiti non strettamente penali apre ad applicazioni in contesti ad alto contenuto di conflittualità, quali ad esempio scuole, ospedali, servizi sociali, particolari zone urbane.

Il Progetto, articolato su diverse azioni, è iniziato con una prima fase di sensibilizzazione del territorio della provincia di Reggio Emilia, è proseguito con la formazione dell'equipe dei mediatori realizzata attraverso un percorso formativo durato circa 12 mesi.

L'obiettivo generale del Progetto è stato l'avvio di un Centro di Giustizia Riparativa sperimentale nel territorio della Provincia di Reggio Emilia, al fine di promuovere attività di mediazione con particolare attenzione, ma non esclusiva, alla mediazione in ambito penale.

Scopo del Progetto è stato dunque promuovere attività di prossimità alle vittime dei reati ampliando al contempo, gli spazi di implementazione delle misure alternative alla detenzione.

La sperimentazione è altresì rivolta a valutare la replicabilità del progetto a livello regionale in sintonia con la L.R. 19.02.2008 n. 3.

6.4 Progetti finanziati con il Fondo sociale europeo

Come già annunciato per il Fondo sociale europeo il 2014 è stato un anno di transizione, la programmazione infatti copriva il settennio 2007-2013 e la nuova programmazione, di fatto è partita nel 2015 in quanto si è dovuto attendere l'approvazione dell'Accordo di partenariato di livello nazionale e dei Programmi Operativi regionali. Per questo motivo nel 2014 quasi nessuna Provincia ha potuto emettere bandi non avendo risorse disponibili.

La sola Provincia di Ferrara, con residui della programmazione precedente, ha finanziato 7 operazioni nell'ambito dell'Asse Inclusionione sociale, per un importo complessivo di 179.762 euro. L'operazione è rivolta a soggetti svantaggiati, comprese persone con problemi di dipendenze e in esecuzione penale. I destinatari approvati erano 93, i partecipanti effettivi sono stati 119, di cui 57 donne. Indicativamente un 30% dei partecipanti apparteneva al target esecuzione penale. Le operazioni riguardavano percorsi professionalizzanti nell'area manutenzione di aree verdi, antichi mestieri (ferro battuto), operatore magazzino merci e, in generale percorsi di reinserimento occupazionale.

Presentiamo di seguito una sintesi di ciò che è stato finanziato per il target di riferimento negli anni di programmazione 2007-2013.

Emilia-Romagna: Interventi nell'area esecuzione penale Programmazione FSE 2007 - 2013

Nel periodo 2007 - 2013 Regione e Amministrazioni provinciali hanno programmato e attuato gli interventi di istruzione, formazione e inserimento lavorativo secondo le rispettive competenze, così

come definito dalla normativa nazionale e dalle leggi regionali 12/03 e 17/05 e dagli Indirizzi per il sistema formativo e per il lavoro (Delibera G. R. 503/07 e successive modifiche). In particolare, la Regione ha esercitato le proprie competenze nella programmazione generale mentre le Province hanno programmato l'offerta formativa ed educativa territoriale.

Detenuti, ex detenuti e persone con problemi di dipendenza, nell'Analisi di contesto sulla base della quale sono stati indicati gli obiettivi e le strategie del POR, erano individuati come le categorie con i più elevati tassi di disoccupazione e di instabilità. Per questo motivo tra gli obiettivi prioritari dell'Asse III si individuava la necessità di rafforzare le opportunità a favore dei detenuti, in particolar modo extracomunitari e tossicodipendenti, per i quali persistevano notevoli difficoltà nell'inserimento/reinserimento lavorativo e sociale.

Nell'intero periodo sono stati finanziati 381 progetti rivolti in tutto o prevalentemente a persone in esecuzione penale, in alcuni casi i progetti si rivolgevano anche a altre tipologie di svantaggio come immigrati e tossicodipendenti.

Il finanziamento pubblico è stato pari a 7.139.110 euro. Le persone coinvolte sono state 3178 dei quali 286 donne e 2892 uomini.

Tutte le attività sono state approvate sull'Asse III del POR 2007 – 2013, Inclusione sociale.

Le attività rivolte esclusivamente a detenuti e ex detenuti, quindi senza i gruppi vulnerabili immigrati e tossicodipendenti, sono state 321 per 2128 persone (1942 uomini e 186 donne) e un finanziamento pubblico di 4.801.588,17 euro.

Le attività finanziate erano percorsi di orientamento e a supporto dell'inserimento lavorativo, percorsi formativi per aumentare le competenze sia trasversali che relativamente a determinati profili professionali, tirocini.

In particolare i progetti che hanno realizzato tirocini di inserimento lavorativo sono stati 157 per 422 persone (408 uomini e 14 donne) e un finanziamento di 1.066.793,74 euro.

Dal 2011 la Regione in collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria ha realizzato un progetto, denominato Acero, co-finanziato dalla Cassa Ammende, dal FSE, dal Fondo Sociale regionale e da risorse dei Comuni sede di carcere.

Acero ha avuto un duplice obiettivo: fornire un alloggio provvisorio a detenuti che, avendo una possibile residenza esterna potevano terminare la pena fuori dal carcere, e avviare tirocini professionalizzanti per tutti coloro che potevano usufruire di misure alternative al carcere. Un gruppo di governo al quale partecipavano rappresentanti dell'Amministrazione penitenziaria regionale, dell'UEPE regionale e degli Assessorati regionali Politiche sociale Formazione-Lavoro aveva il compito di coordinare gli interventi avviati nei territori e monitorare l'intero progetto. Le Province con il FSE hanno finanziato le attività a supporto dell'inserimento lavorativo. Si è trattato prevalentemente di tirocini, ricompresi quindi tra quelli citati in precedenza e, in alcuni casi, di percorsi professionalizzanti con corresponsione di assegno di frequenza.

Le attività finanziate in Acero sono state 104 per 303 persone (295 uomini e 8 donne) per 625.419,00 euro.

Tra i progetti finanziati, a parte Acero, si segnalano:

- progetti finanziati dalla Provincia di Bologna e direttamente dalla Regione all'interno dell'istituto di detenzione per minori Pratello con attività nell'ambito della scenotecnica, ristorazione e manutenzione.

- in molte Province sono stati finanziati sportelli per avviare i detenuti in percorsi di orientamento e professionalizzanti collocati all'interno degli Istituti di detenzione;
- nel 2009 è stato finanziato un progetto per lavoro intramurario nell'Istituto di Castelfranco Emilia che prevedeva l'inserimento lavorativo, previa formazione, di 12 detenuti presso una lavanderia industriale interna all'Istituto e gestita in collaborazione da due cooperative sociali. Il progetto prevedeva tra l'altro anche opportunità di lavoro per altri soggetti svantaggiati ai quali affidare le parti di lavoro esterne all'Istituto: trasporti, confezionamento e altro.
- a Ferrara, Bologna e Forlì sono stati finanziati attività per inserire detenuti nelle cooperative sociali che all'interno o esterno del carcere gestiscono la lavorazione di rifiuti RAEE, attività nata grazie a un progetto Equal e che prosegue tutt'ora grazie anche alla partnership pubblico-privata composta da enti locali, Multiutility Hera e Consorzi RAEE. La Regione segue lo sviluppo del progetto attraverso una Cabina di regia alla quale partecipano i tre Assessorati regionali (Sociale, Ambiente e Formazione e Lavoro);
- sempre nel 2009 a Reggio Emilia si è realizzata una attività finalizzata a fornire a detenuti della Casa Circondariale formazione relativa all'auto-imprenditorialità. La finalità principale era quella di consentire, una volta raggiunto il fine pena, di mettere a sistema le competenze possedute e/o acquisite tramite esperienze lavorative nel settore della ristorazione o attraverso la partecipazione a corsi di formazione specifici, con l'obiettivo di iniziare una attività imprenditoriale sia individualmente che, con altri soggetti.
- la Regione ha finanziato progetti all'interno della comunità di San Patrignano che accoglie persone con problemi di tossicodipendenza molti dei quali hanno problemi di tipo penale. I progetti riguardano numerosi e diversi profili professionali compresi quelli relativi alla manutenzione dei cavalli e allevamento animali.
- a Bologna nel 2011, nell'ambito di Acero, è stata approvata una attività per "Operatore telefonico". Attraverso il coinvolgimento di aziende "profit" operanti a pieno titolo nel mercato, si è individuato un profilo professionale con caratteristiche adeguate all'utenza di riferimento e forte capacità recettiva (valutazione effettuata dai referenti delle aziende che hanno ospitato i corsisti nel periodo di stage), con la prospettiva, una volta conclusa la fase di formazione, di significative possibilità occupazionali;
- a Ferrara il progetto "R³ - Raee, Rigenerazione Computer, RiCiclette: Percorsi di economia sostenibile nella Casa Circondariale di Ferrara", rivolto a detenuti coinvolti nel progetto RAEE, ha formato 15 persone perché potessero lavorare grazie alla cooperativa sociale "Il Germoglio" che opera all'interno dell'Istituto di pena in tre ambiti principali:
 - 1) smaltimento/trattamento rifiuti elettrici ed elettronici RAEE
 - 2) "Rigenerazione Computer" – Test, riparazione e riprogrammazione di componenti software e hardware attraverso il ri-assemblaggio di componenti di macchine obsolete per generare nuovi computer con sistemi operativi open source .
 - 3) "RiCicletta" riparazione e rigenerazione componenti per biciclette: percorsi professionalizzanti per la gestione di un'officina per la riparazione, il deposito e il noleggio di cicli coniugando così e incentivando azioni ecologiche (recupero cicli, mobilità sostenibile) con finalità sociali (inserimento lavorativo).
- molti dei percorsi professionalizzanti si sono realizzati in aree attinenti alle attività che è possibile svolgere all'interno degli Istituti: ristorazione, pulizie, ma anche percorsi per pasticceri e

panificatori, nella manutenzione del verde e ortoflorovivaistica, sartoria e creazione di borse e bigiotteria.

Parte III – Assistenza sanitaria nelle carceri della regione Emilia-Romagna

7. Aspetti generali ed assistenza primaria

Il DPCM 1/04/2008 ha previsto il trasferimento della competenza della Sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, concludendo un percorso iniziato con il D.Lgs. 230/1999. Il Servizio Sanitario Nazionale, le Regione e le Aziende USL hanno acquisito il compito di tutela della salute delle persone detenute al pari di quelle libere.

Dall'entrata in vigore del citato decreto fino ad oggi, la continuità dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta è stata garantita dalle Aziende USL nel quadro di una serie di provvedimenti regionali in merito al modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria⁴², ai rapporti interistituzionali con l'Amministrazione Penitenziaria⁴³ ed al percorso clinico-assistenziale per le persone detenute⁴⁴.

L'organizzazione regionale prevede che il Servizio sanitario presente negli Istituti penitenziari non costituisca un servizio a sé stante ma, in quanto parte del territorio, luogo in cui i Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze patologiche, Cure primarie e Sanità pubblica) ed i Servizi di Medicina Legale ampliano il proprio ambito di intervento, estendendolo agli Istituti Penitenziari e al Centro di Giustizia Minorile nei quali operano professionisti a pieno titolo inquadrati nelle UU.OO. di pertinenza⁴⁵.

Al fine di perseguire gli obiettivi di salute nelle carceri, la Regione Emilia-Romagna adotta il "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari. Indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali"⁴⁶ di validità triennale, che delinea i contenuti principali e le modalità operative in tutti i settori che coinvolgono la salute nelle carceri.

In questa sede riportiamo alcuni temi fondamentali che sono stati approfonditi ed elaborati nel corso del 2014.

7.1 Le Case di promozione e tutela della salute

Con riferimento al livello territoriale, la Regione Emilia-Romagna intende sviluppare per la popolazione detenuta un intervento assistenziale pluridisciplinare **con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi**, quali le Case della salute, al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute.

⁴² DGR n. 314 del 23/03/2009 "Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria, alla istituzione dell'Osservatorio Permanente e alla istituzione del Comitato di Programma, ai sensi del DPCM 1.04.08" <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

⁴³ DGR n. 1187 del 21/07/2014 "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria in merito alle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti e degli internati negli II.PP della Regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali" <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

⁴⁴ Circolare DG Sanità e politiche sociali n. 15/2012 "Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute" <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

⁴⁵ Tali attività si svolgono nel rispetto della Legge dell' Ordinamento penitenziario n. 354/75 e del nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con DPR n. 230 del 30/06/2000 <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>

⁴⁶ DGR n. 588 del 5/05/2014 "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali" <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

La Casa di promozione e tutela della salute è intesa quale presidio dell'AUSL all'interno del carcere, sede di accesso ed erogazione dei **servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, strutturato come un sistema integrato di servizi** che si prende cura delle persone detenute fin dalla fase di accoglienza, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

L'assetto organizzativo deve predisporre relazioni organizzative e cliniche strutturate in cui **le Cure Primarie operino in stretto rapporto con gli altri nodi della rete** come i servizi di sanità pubblica, di salute mentale-dipendenze patologiche, medicina legale ed assistenza ospedaliera. L'integrazione riguarda prioritariamente i medici di medicina generale, gli infermieri, i medici di continuità assistenziale, gli specialisti ambulatoriali, gli operatori dei dipartimenti di salute mentale-dipendenze patologiche, anche favorendo la **collaborazione con gli operatori sanitari del territorio** (educatori, mediatori culturali, assistenti sociali), soprattutto in previsione della dimissione.

Le "Case di promozione e tutela della salute", che potranno avere diversa complessità in riferimento al numero dei destinatari del servizio offerto, dovranno rispondere ai seguenti obiettivi:

- assicurare un punto di accesso appropriato per i detenuti;
- garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore, 7 giorni su 7, con risorse interne o con servizi aziendali esterni (118, guardia medica territoriale);
- organizzare e coordinare le risposte al detenuto secondo le necessità della comunità penitenziaria, rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione al trattamento di acuzie in urgenza/emergenza e alla dimissione di soggetti affetti da patologie croniche;
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con patologie croniche;
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale;
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità ed ai *target* specifici di popolazione detenuta;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini detenuti a programmi di salute, valorizzando esperienze già attive, come le sezioni di custodia attenuata per tossicodipendenti già presenti in regione;
- offrire occasioni di formazione permanente per gli operatori.

Il salto di qualità proposto è quello di dare una percezione forte della struttura e del *team* che dovrà operare all'interno di ogni Istituto, portando dentro le carceri i criteri di funzionamento di quelle che sono le case della salute per i cittadini: interdisciplinarietà ed integrazione degli interventi.

La persona detenuta assistita deve essere al centro della cura e devono essere favoriti l'*empowerment* e la partecipazione al percorso di cura; il **coinvolgimento dei detenuti in un progetto di salute** sia in termini di tutela, attraverso la prevenzione e la cura, che di promozione della salute, può limitare il ricorso alla medicina difensiva e migliorare l'assistenza specialistica, in termini quantitativi e qualitativi, sia all'interno che all'esterno della struttura penitenziaria.

7.2 L'assistenza primaria

Nel corso dell'anno 2014 si è proseguito nell'applicazione e verifica dei cambiamenti introdotti in merito all'assistenza primaria dei detenuti degli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, di cui la **Circolare n.15 del 9/12/2012** della DG Sanità e Politiche Sociali rappresenta il fondamento e di cui si riportano di seguito i punti principali.

7.2.1 Il percorso clinico assistenziale delle persone detenute

Lo sviluppo dell'assistenza primaria negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna si attua secondo un percorso coerente con gli obiettivi dell'assistenza territoriale che pongono al centro il cittadino, soggetto che, opportunamente informato dagli operatori dei vari settori, diviene **protagonista consapevole delle scelte rispetto alla sua salute**.

In questo contesto si è reso necessario un cambio di paradigma assistenziale, **dall'approccio della medicina di attesa all'approccio della medicina d'iniziativa**, proattivo, teso a favorire la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la continuità dell'assistenza, la prevenzione e la presa in carico dei detenuti con patologie croniche⁴⁷, in team interprofessionali per la condivisione dei percorsi assistenziali, in cui il detenuto, sostenuto con interventi di educazione e comunicazione, è parte attiva del processo.

Il percorso tiene conto delle peculiarità di salute dei detenuti. Ricontri bibliografici⁴⁸ hanno infatti evidenziato che la **prevalenza di molte patologie croniche è maggiore** nelle persone detenute rispetto alla popolazione libera. Le patologie croniche più a rischio per i detenuti sono l'ipertensione, l'asma, l'artrite, il diabete, le patologie cardiovascolari, il tumore del collo dell'utero e l'epatite.

Il percorso delineato nella Circolare **indica gli standard assistenziali e fornisce specifiche indicazioni e procedure**, definite in schede operative con le indicazioni del professionista coinvolto e funzione, relativamente alle varie fasi della detenzione, dall'ingresso in carcere alla dimissione.

Da ciò è derivata la necessità di sviluppare una **struttura d'équipe integrata**, a sua volta opportunamente sostenuta nei percorsi assistenziali **dalle linee-guida evidence-based e dall'utilizzo di sistemi informativi** a supporto delle decisioni e per la pianificazione degli interventi, all'interno del quale uno strumento basilare è il PAI, che diviene la rappresentazione formale dell'integrazione degli interventi.

7.2.2 Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Medici e infermieri dell'assistenza primaria, con l'eventuale contributo, se necessario, di medici specialisti e psicologi, definiscono il Piano Assistenziale Individuale, che **delinea lo stato di salute della persona detenuta e che stabilisce un Patto per la Salute che disegna i binari di reciproco impegno fra i protagonisti**. Tale patto si alimenta di successive rivalutazioni nel corso della detenzione in un'ottica di ascolto e ricerca di soluzioni condivise. Il PAI si delinea così come uno strumento per documentare:

- la valutazione del rischio di salute del singolo detenuto e degli aspetti medico-legali;
- il monitoraggio dello stato della salute;
- la dimissione con il ritorno sul territorio.

La presentazione e la sottoscrizione del PAI costituiscono la risultante di un lavoro di *counseling* sviluppatosi in più passaggi relazionali preparatori, nel periodo di accoglienza; successivamente il PAI potrà variare più volte nel corso della detenzione, ed essere verificato nel momento di consegna della lettera di dimissione all'uscita dal carcere.

⁴⁷ WHO (2013) *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*.

⁴⁸ Maurizio Esposito (2007) *Malati in Carcere* ed. Franco Angeli; Ars Toscana (2013) *La salute dei detenuti in Toscana*; Salute e Territorio n.194 (2012) *La sanità penitenziaria*; Binswanger A, Krueger P M, Steiner J F (2009) *Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population*. J Epidemiol Community Health n.63 pp.912-919.

7.2.3 Gli operatori ed i ruoli negli Istituti penitenziari

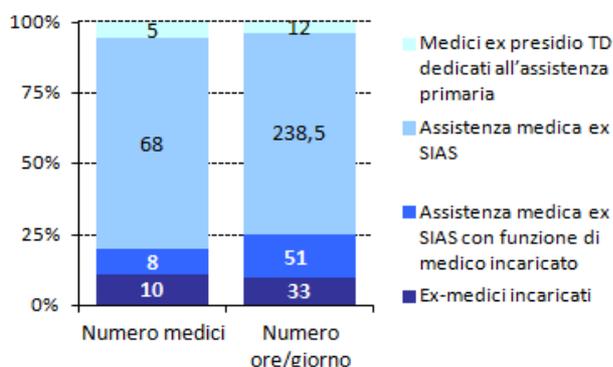
In Emilia-Romagna, la **copertura medica del servizio di assistenza primaria H24 è garantita in quasi tutti gli Istituti penitenziari**, ad eccezione di quelli con minore capienza, quali Forlì e Rimini (H14), Castelfranco (H10.30) e Ravenna (H8).

Tab. 42 - Copertura giornaliera dell'assistenza medica e infermieristica negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna nel 2014

	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Castelfranco	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini
Medica	24	24	24	24	10.30	24	24	8	14	14
Infermieristica	24	24	14	24	13	24	15	13	15.30	17

Per valutare correttamente le risorse disponibili, è importante innanzitutto sottolineare che i medici svolgono il proprio servizio con impegno orario e con cadenza settimanale fortemente differenziati. I seguenti indicatori risultano quindi una prima approssimazione del servizio svolto negli Istituti.

Fig. 25 - Numero di medici e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2014 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna



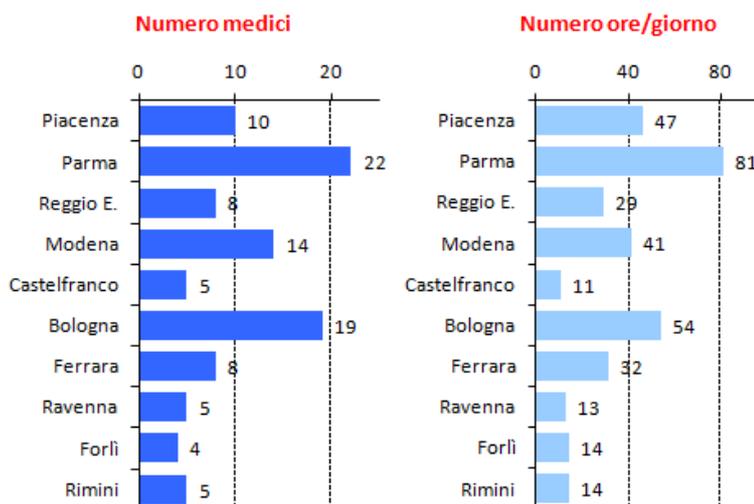
Nel 2014, al fine di garantire l'**assistenza primaria medica, negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna operano 91 professionisti**, con tipologie di inquadramento eterogenee.

Tra essi, si individuano **76 medici ex SIAS** (Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria, o "guardia medica") di cui 8 svolgono funzione di medico incaricato, più 10 ex-medici incaricati e 5 medici provenienti dagli ex presidi per le tossicodipendenze nelle carceri, dedicati prevalentemente all'assistenza primaria.

Si distinguono per la presenza almeno un medico dedicato all'assistenza primaria in carcere a tempo pieno, gli Istituti di Bologna e Piacenza.

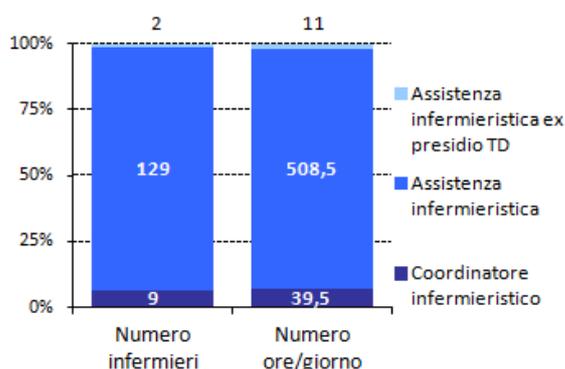
L'insieme degli Istituti utilizza indicativamente **334 ore di assistenza primaria in un giorno medio feriale**, delle quali 307 ore sono dedicate a questa attività in senso stretto (289 ore svolte da medici ex-SIAS e 12 da medici ex presidio tossicodipendenze dedicati all'assistenza primaria). Ulteriori 33 ore sono dedicate alla funzione di ex-medico incaricato, ad esclusione di Rimini e Forlì in cui questa funzione non è presente (svolta, al bisogno, da un medico SIAS).

Fig. 26 - Numero di medici e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2014 per Istituto penitenziario dell'Emilia-Romagna



L'assistenza primaria infermieristica è garantita da 140 operatori, che svolgono la propria attività H24 negli Istituti con tale copertura, con le eccezioni di: Reggio Emilia, in cui ad una assistenza medica H24 corrisponde una presenza più contenuta degli infermieri per circa 14 ore al giorno ed a Ferrara, dove alla copertura di 24 ore del medico corrispondono 15 ore degli infermieri.

Fig. 27 - Numero di infermieri e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2014 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

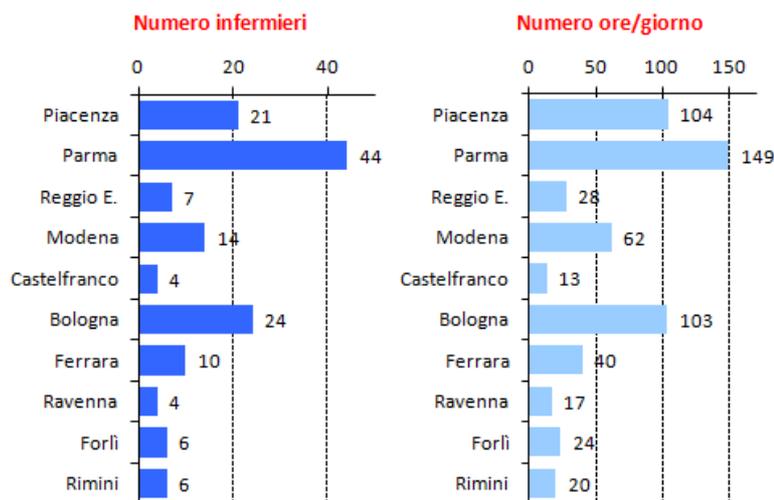


Al contrario, la copertura oraria giornaliera infermieristica è più elevata di quella medica a Ravenna (13H, contro le 8H di quella medica), Forlì (15,30 contro 14) e Castelfranco (13 ore contro 10,30).

Gli operatori sono inquadrati nell'assistenza infermieristica generica per la quasi totalità dei casi. **In tutte le realtà penitenziarie è presente anche la figura del coordinatore infermieristico**, con l'esclusione di Castelfranco Emilia. I coordinatori sono completamente dedicati a questo servizio a Piacenza, Parma, Modena, Bologna.

Sono dedicati inoltre all'assistenza primaria due infermieri (rispettivamente a Parma e Modena) appartenenti all'area dell'ex presidio delle tossicodipendenze in carcere. Il sistema della Sanità penitenziaria dell'Emilia-Romagna destina all'assistenza infermieristica, in un giorno medio feriale, **circa 508 ore**, delle quali circa 39 riguardano il ruolo di coordinatore infermieristico.

Fig. 28 - Numero di infermieri e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2014 per Istituto penitenziario dell'Emilia-Romagna



In analogia con descritto per le risorse disponibili in ciascun Istituto, si è cercato di semplificare l'organizzazione dell'assistenza primaria medica, in modo da **verificare la presenza e la compresenza di professionisti nell'arco della giornata**.

Innanzitutto è necessario definire che le fasce orarie sono differenziate rispetto alla copertura giornaliera del servizio. Ad esempio, se il mattino è solitamente dalle 8 alle 14, tale turno si prolunga laddove la copertura è inferiore alle 24H: fino alle 15.30 a Forlì ed alle 15 a Rimini. Analogamente il turno del pomeriggio, che termina solitamente alle 20, è spostato tra le 22 e le 22.30.

L'assistenza primaria medica è **fortemente concentrata nella fascia del mattino**, con un numero di medici quasi doppio rispetto al pomeriggio, ed più elevato negli Istituti di dimensioni maggiori in

termini di detenuti (6 a Bologna ed a Parma, 4 a Modena). Essi sono inoltre Istituti per i quali la programmazione regionale ha previsto un livello assistenziale più alto, e presso i quali trasferire eventualmente detenuti che abbiano bisogno di cure più intensive. La compresenza di più medici al mattino è inoltre dichiarata a Piacenza, Castelfranco e Ferrara.

La fascia del pomeriggio è coperta più frequentemente da un solo medico, valore che sale a due o più professionisti a Piacenza e, in Istituti di grandi dimensioni, quali Bologna (4 medici) e Parma (3). Anche l'orario notturno è sempre garantito da un solo medico, ad eccezione di una compresenza di due unità a Parma. Nelle realtà in cui il medico incaricato non svolge attività clinica, tale figura svolge spesso un orario specifico.

Tab. 43 - Numero di medici per l'assistenza primaria nel 2014
per fascia oraria (giorno medio feriale) negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

	H	Mattina	Pomeriggio	Notte	Altra fascia oraria	
Piacenza	24	2	2	1	1	1 medico incaricato per 4ore/gg
Parma	24	6	3	2	3	3 medici incaricati per 9ore/gg
Reggio Emilia	24	1	1	1	1	1 medico referente per 20h settimanali matt. o pom. *
Modena	24	4	1	1		
Castelfranco	10,5	2	1		1	1 medico mattina 2 gg/sett
Bologna	24	4 + 2 *	2 + 2 **	1		
Ferrara	24	2	1	1		
Ravenna	8	1	1		1	1 medico incar. 8.30-11.30 e 14.30-17.30 a gg alterni
Forlì	14	1	1			
Rimini	14	1	1			
Totale		26	16	7	7	

Note

Mattino: Indicativamente 8-14 (Castelfranco 8.30-13; Ravenna 8.30-13.30; Forlì 8.30-15.30; Rimini 8-15)

Pomeriggio: Indicativamente 14-20 (Castelfranco 13-20; Ravenna 16-20; Forlì 15.30-22.30; Rimini 15-22)

Notte: Indicativamente 20-8

* **Bologna**: di cui 2 medici in turno solo 3 mattine

** **Bologna**: di cui 2 medici in turno solo 2 pomeriggi

Anche l'assistenza infermieristica è concentrata in proporzione doppia al mattino rispetto alla fascia del pomeriggio. Fanno eccezione Piacenza e Reggio Emilia, in cui il numero di infermieri viene tenuto costante in orario diurno.

Al mattino gli Istituti di dimensioni maggiori anche in questo caso hanno 11 o più infermieri, seguiti da Piacenza (5 unità ⁴⁹), Modena e Ferrara (4 ciascuno). Piacenza dispone in questo orario di ulteriori 3 unità non turniste per l'attività specialistico/ambulatoriale e di una assistente sanitaria. In alcuni di questi Istituti, si registra anche un numero più elevato di infermieri nel pomeriggio (Parma, 5 operatori) e Piacenza (4), e sono più di uno anche a Reggio Emilia, Bologna e Ferrara. La notte è sempre presente almeno un infermiere negli Istituti nei quali è attiva l'assistenza H24 (sono due a Parma) ad eccezione di Reggio Emilia e Ferrara, Istituti che svolgono questo servizio con la sola professionalità medica.

⁴⁹ Compreso il coordinatore infermieristico, in orario 8-16

Tab. 44 - Numero di infermieri per l'assistenza primaria nel 2014
per fascia oraria (giorno medio feriale) negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

	H	Mattina	Pomeriggio	Notte	Altra fascia oraria
Piacenza	24	4	4	1	5 +1 coord. inf. +3 non turnisti addetti agli all'attività ambulatoriale/specialistica +1 ass. sanitaria (h 8-16)
Parma	24	12	5	2	1
Reggio Emilia	12/14	2	2		1 h 10-16 quando possibile
Modena	24	4	1	1	1 h 14-21
Castelfranco	13	1	1		1 h 9-15 per 2/3 volte a settimana
Bologna	24	11	2	1	2 h 15-22
Ferrara	15	4	2		
Ravenna	13	1	1		
Forlì	15.30	2	1		1 h 08.30-15.30 per 3 volte sett.
Rimini	14	2	1	1	1 h 7-8
Totale		43	20	6	13

Note

Mattino: Indicativamente 8-14 (Piacenza 7-14; Castelfranco 7.30-14; Ravenna 7-13.30; Forlì 8.30-15.30; Rimini 8-15)

Pomeriggio: Indicativamente 14-20 (Castelfranco 14-20; Ravenna 14-20.30; Forlì 15.30-22.30; Rimini 15-22)

Notte: Indicativamente 20-8

Parma: la mattina l'assistenza infermieristica è data da 1 coord. inf. + 7 unità in turno + 3 unità fuori turno + 1 ass. infermieristica ex pres. TD

Reggio Emilia: + 1 coordinatore reperibile

Rimini: 2 giorni la settimana vi è la compresenza di infermieri per 6 ore mattutine e nelle altre giornate di un'ora al cambio turno

È interessante notare, in alcuni Istituti, la presenza di **alcune professionisti sanitari e socio-sanitari** che affiancano la medicina primaria nella cura dei detenuti. Parma dispone di alcuni ausiliari dell'assistenza, in particolare la mattina di OSS e di un operatore tecnico. Sempre nel centro clinico di Parma, operano la mattina un tecnico per la radiologia medica e due fisioterapisti. A Piacenza, il sabato mattina (ed a chiamata) i medici sono affiancati da mediatori culturali sanitari.

Tab. 45 - Numero di altri professionisti sanitari e socio-sanitari nel 2014
per fascia oraria (giorno medio feriale) negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

	Mattina	Pomeriggio	Notte	Altra fascia oraria
Ausiliari di assistenza				
Parma	1 op. tecn. + 2 OSS			
Altre professionalità sanitarie e socio-sanitarie				
Parma	1 tecn. radiol. medica			
Parma	2 fisioterapisti			
Piacenza	2 mediatori culturali san.			Tutti i sabati 10-12 + a chiamata

7.3 Il Programma regionale salute nelle carceri

Come già riportato, la Regione Emilia-Romagna adotta il “Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari. Indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali”⁵⁰ di validità triennale, che delinea i contenuti principali e le modalità operative in tutti i settori che coinvolgono la salute nelle carceri. Nel corso del 2014, dopo più di un anno di lavoro a cura di un apposito Gruppo di lavoro (determina D.G. Sanità e politiche sociali n° 15268 del 28/11/2012), è stato definito il nuovo Programma salute nelle carceri (DGR n.588/2014).

Il Programma Regionale rappresenta un documento di programmazione, definisce le linee di sviluppo organizzativo del settore, gli standard clinico-assistenziali, cura il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione delle politiche regionali in materia; da qui le Aziende USL ricevono indicazioni per la definizione dei propri programmi aziendali.

Il Programma di salute nelle carceri si connota particolarmente per la trasversalità dei contenuti e dei settori che coinvolge; in tal senso, oltre alle indicazioni ivi contenute, si dovrà far riferimento alle indicazioni contenute in tutti gli atti già emanati dalla Regione riguardo a ciascun specifico ambito.

Il nuovo Programma, il secondo dalla riforma della sanità penitenziaria, è molto innovativo rispetto al primo; da una parte vengono inseriti in maniera più accentuata i principi e le procedure della medicina territoriale, dall'altra ingloba gli sviluppi dei primi anni di esperienza dalla riforma ad oggi.

In particolare:

- a) l'insieme delle attività sanitarie svolte all'interno degli Istituti penitenziari viene sviluppato secondo il modello delle **Case della salute** come sopra definito;
- b) l'**assistenza primaria** viene definita secondo i principi e obiettivi dell'assistenza territoriale che pongono al centro il cittadino, soggetto che, opportunamente informato dagli operatori dei vari settori, diviene protagonista consapevole delle scelte rispetto alla sua salute. In questo contesto si rende necessario un cambio di paradigma assistenziale, dall'approccio semplicistico della medicina di attesa all'approccio della **medicina d'iniziativa**, proattivo, teso a favorire la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la continuità dell'assistenza, la prevenzione e la presa in carico dei detenuti con patologie croniche, in *team* interprofessionali per la condivisione dei percorsi assistenziali, in cui il detenuto, sostenuto con interventi di educazione terapeutica, è parte attiva del processo;
- c) l'elaborazione di un **Profilo di salute per ogni Istituto penitenziario** che rappresenta il punto di partenza per l'individuazione delle criticità modificabili e per il passaggio da una assistenza basata sulla prescrizione e terapia ad una che pone la correzione dei fattori di rischio come elemento centrale;
- d) la definizione di un **nuovo ruolo delle figure infermieristiche** nella presa in carico delle patologie croniche, in collaborazione con i medici di medicina generale, secondo i principi del **self, care e case-management** all'interno della rete organizzativa; il *case-management* è modello organizzativo di presa in carico della persona, che si sviluppa in risposta alla necessità di **ricomporre la frammentazione degli interventi e di rispondere ai bisogni sanitari della persona detenuta in**

⁵⁰ DGR n. 588 del 5/05/2014 “Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali” <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

un'ottica di qualità, personalizzazione e specificità. Un singolo operatore è responsabile del percorso di presa in carico, che pianifica e collabora con altre figure coinvolte nella situazione di malattia e con l'utente per il raggiungimento del miglior livello di salute realizzabile per il detenuto. Obiettivo da raggiungere è l'individuazione del bisogno per diversificare gli interventi assistenziali sia nel detenuto sano che con patologie croniche. L'infermiere consegue, inoltre, **interventi preventivi** rivolti al detenuto sano, singoli e di gruppo e promuove sani stili di vita per la salute, anche attraverso interventi di educazione sanitaria alla popolazione detenuta sana e interventi terapeutici mirati alla prevenzione e alla gestione delle patologie croniche in carcere al fine di sviluppare l'autocura, la promozione e l'attivazione di nuovi comportamenti di salute anche all'interno di un contesto particolare come quello carcerario;

- e) tra le discipline specialistiche, particolare approfondimento viene rivolto all'ambito delle **dipendenze patologiche**, già presente nelle carceri attraverso i SerT dal 2000; viene sottolineata la necessità di definizione di programmi riabilitativi intra-murari indipendentemente dalla possibilità di misure alternative alla detenzione, di cui si ribadisce l'importanza attraverso la **concertazione di programmi individualizzati con il SerT** di competenza territoriale;
- f) altro ambito specialistico particolarmente importante in ambito penitenziario quello riguardante la **salute mentale**, che viene proposto in maniera innovativa secondo le linee guida territoriali. Analogamente alla strutturazione dell'intervento nei servizi territoriali di Salute Mentale (CSM), che raccoglie diverse prestazioni professionali nell'ambito di Prodotti definiti, l'assistenza psichiatrica in carcere si caratterizza per l'erogazione di alcuni Prodotti di valutazione o trattamento: a partire dall'accoglienza, fase in cui particolare attenzione deve essere prestata per verificare eventuali **reazioni di adattamento** ad un significativo *life event* (carcerazione) con il quale deve confrontarsi ogni detenuto, che abbia o meno un proprio carico personale di **disagio psichico preesistente**, a tutto il periodo detentivo, raccogliendo le segnalazioni che possono provenire da qualsiasi professionista sia sanitario che penitenziario che da parte dei detenuti stessi, segnalazioni che saranno sempre filtrate dal medico di medicina generale.
- g) Grande novità, l'inserimento nel Programma regionale della **figura dello psicologo clinico**, non presente nella Medicina penitenziaria del Ministero della giustizia; l'esperienza maturata dopo la definizione del primo Programma regionale ha confermato le ipotesi iniziali di necessità di tale professionalità, soprattutto stante la particolare condizione psicologica reattiva all'arresto e alla privazione della libertà, condizione particolarmente presente al momento dell'ingresso, e in alcuni casi anche nel corso della detenzione, quando si manifestano particolari *life events* legati al percorso processuale o di vita (lutti, separazioni, ecc). La presenza dello psicologo in carcere e da considerarsi, analogamente a quanto accade nelle organizzazioni territoriali (vedi Case della Salute), integrata sia nel livello delle Cure Primarie che nel livello specialistico. Esiste quindi la possibilità di una attivazione dello psicologo nell'ambito della operatività della équipe Sanitaria Carcere, senza che vengano coinvolti altri operatori della équipe Salute Mentale; le informazioni relative a questi interventi devono comunque essere disponibili per quest'ultima équipe. Nello specifico contesto penitenziario, inoltre, si intende promuovere l'apporto della Psicologia clinica come componente delle équipe di Cure Primarie destinate alla popolazione detenuta negli Istituti di pena, al fine di dare più completa assistenza al paziente e orientare maggiormente l'intervento alla promozione del benessere psico-fisico, pur nelle condizioni date, e promuoverne l'*empowerment* secondo le indicazioni del PAI;

- h) particolare attenzione è dedicata al **Piano di interventi di sanità pubblica**: dalla effettuazione degli *screening*, per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e dei tumori, all'analisi dei rischi, allo sviluppo di un programma di Promozione della salute attraverso modalità individuale e di gruppo quali:
- azioni info-educative individuali e di gruppo finalizzate al miglioramento degli stili di vita a rischio (per chi è motivato a modificare i propri comportamenti);
 - azioni di miglioramento del contesto carcerario (inteso come ambiente di vita e riabilitazione);
 - azioni di educazione fra pari anche attraverso interventi di mediazione culturale e realizzazione di materiale di informazione e sensibilizzazione da parte dei detenuti stessi, inseriti in un percorso formativo specifico; altra attività, per cui si è proceduto a specifica analisi ed approfondimento, quella in capo ai Dipartimenti di Sanità Pubblica aziendali, di vigilanza attraverso le visite, con una periodicità di almeno due volte all'anno (art. 11 della L. 354/75) che rispondono ad un compito istituzionale finalizzate alla verifica: dei requisiti igienico sanitari e di sicurezza (impiantistica, legata all'uso di fiamme libere, ecc.), degli ambienti e luoghi del carcere a disposizione dei detenuti, dei requisiti di igienicità nella conservazione e preparazione degli alimenti, dell'applicazione delle misure di prevenzione nei confronti delle malattie trasmissibili;
- i) un Programma specifico è dedicato alla **tutela della salute della popolazione femminile**, anche se residuale rispetto a quella maschile (5% circa): sono previsti accurati piani di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza sia in gravidanza, che per i bambini, eventualmente presenti al seguito delle madri detenute, al pari del programma regionale per la popolazione femminile libera;
- j) un'altra parte di Programma è dedicato ai **minori sottoposti a misure restrittive** della libertà; seppur rappresentati con presenza molto inferiore rispetto a quella degli adulti, la gestione è costituita da maggiore complessità e articolazione. Ai minori è dedicata una parte specifica riguardante gli aspetti di tutela della salute, compreso il "Protocollo per l' esecuzione delle vaccinazioni ai minori rientranti nel circuito penale", e la declinazione degli aspetti di inserimento nelle comunità per motivi di ordine sanitario (dipendenze patologiche e di neuropsichiatria infantile) definiti nella DGR N.1788/13⁵¹ ;
- k) completano il Programma le sezioni riguardanti gli **aspetti medico-legali**, di notevole importanza per il particolare contesto in cui si opera, in relazione alla possibilità che la permanenza in carcere possa risultare incompatibile con lo stato di salute e i connessi aspetti di rapporti con la Magistratura, e gli aspetti della **farmaceutica** con erogazione dei farmaci previsti nei Prontuari Terapeutici Aziendali, con le stesse modalità seguite per gli Ospedali;

⁵¹ "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna, relativo alla definizione della collaborazione tra l'ordinamento sanitario ed il sistema della giustizia minorile per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone minori e giovani adulti in carico ai servizi della giustizia minorile ed indicazioni per la definizione di protocolli-accordi locali – rettifica propria delibera n. 1537/2013".

SISP – È ormai operativa, dal maggio 2013, in tutti gli IIPP la cartella clinica informatizzata SISP (Sistema informativo sanità penitenziaria), strumento indispensabile per la uniformità delle cure su tutti gli IIPP della Regione e per favorire la gestione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, la corretta tenuta della documentazione clinica, la gestione dei processi di qualità/rischio clinico. Le linee di sviluppo del programma triennale prevedono:

- a) completamento delle fasi di sviluppo della cartella clinica; l'attività è gestita dai referenti sistema informativo Salute nelle carceri, a cui è demandata l'attività di promozione, gestione organizzativa e formazione dei professionisti a livello locale.
- b) costante formazione e aggiornamento degli operatori sul corretto utilizzo della cartella clinica SISP e sviluppo di nuove applicazioni: in particolare la dotazione dei *tablet* per l'erogazione della terapia farmacologica ai detenuti, opportunamente private da qualsiasi comunicazione *wireless*
- c) costruzione dell'interfaccia tra sistema informatico SISP e sistema informativo per le dipendenze SistER;
- d) formazione sugli aspetti medico legali sulla corretta tenuta della documentazione clinica;
- e) costante aggiornamento dei professionisti sull'uso della, attivazione del flusso informativo SispER.

Una delle novità del nuovo Programma regionale salute nelle carceri è rappresentato dalla previsione di **indicatori di valutazione**; il programma è infatti corredato da un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi raggiunti attraverso specifici indicatori riferiti a ciascun settore, e graduati nell'arco triennale. Tutti gli indicatori definiti verranno calcolati per gli assistiti che si trovano in fase di tutela della salute, dopo l'approvazione del PAI, escludendo dal calcolo coloro che sono nelle fasi precedenti. Molti degli indicatori saranno calcolati attraverso il flusso regionale Sisp-ER : gli stessi oltre ad elemento di valutazione, sono concepiti quali utili strumenti di lavoro, di verifica e monitoraggio, a cura delle Aziende stesse.

7.4 La medicina specialistica e la strumentazione

7.4.1 Le discipline interne

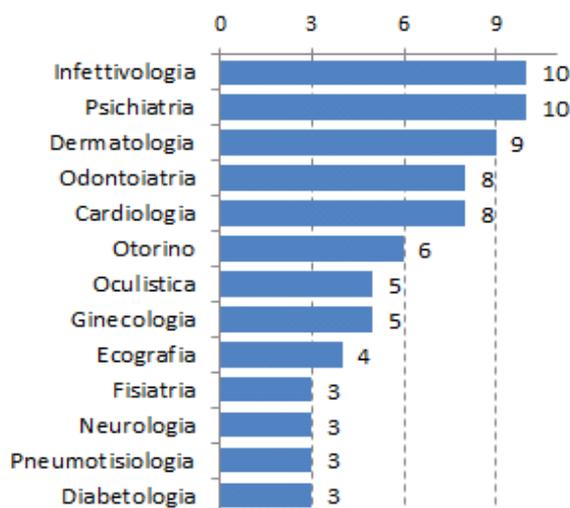
Le attività di medicina specialistica devono essere svolte in integrazione e interdisciplinarietà tra i professionisti. Le Aziende USL assicurano in ogni Istituto penitenziario una presenza continuativa, che garantisce la presa in carico degli assistiti detenuti integrata con i professionisti sanitari addetti alla Medicina Generale, delle seguenti branche specialistiche:

- Dipendenze patologiche
- Salute mentale
- Infettivologia
- Odontoiatria
- Cardiologia
- Ginecologia (ove presente una sezione femminile)

in base alle esigenze della popolazione detenuta nel singolo Istituto. Per tutte le altre branche, le Aziende USL pianificano tali prestazioni specialistiche secondo le specifiche esigenze dell'Istituto all'interno dello stesso o all'esterno. Le Aziende USL garantiscono inoltre, attraverso i presidi ospedalieri o territoriali, le richieste di visite specialistiche non assicurate all'interno degli Istituti penitenziari.

Nell'ambito della medicina specialistica, un ruolo specifico e importante è assunto dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, stante l'alta presenza nelle carceri di persone che presentano tali problematiche.

Fig.29 - Discipline specialistiche presenti in almeno tre Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2014



Nel 2014 in tutti gli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, come da elenco precedente, sono presenti le discipline specialistiche relative all'**infettivologia** ed alla **psichiatria**.

Tra le branche più diffuse, l'odontoiatria non è invece presente come disciplina interna a Ravenna e Castelfranco. La Casa di lavoro di Castelfranco Emilia non dispone inoltre delle branche specialistiche di dermatologia e cardiologia, l'Istituto di Rimini invece della sola cardiologia.

Vi sono poi alcune **discipline presenti prevalentemente negli Istituti di medie e grandi dimensioni** della Regione. A Bologna, Parma, Piacenza, Modena e Reggio Emilia e sono presenti l'otorinolaringoiatria (anche a Ferrara), l'oculistica e l'ecografia (non a Reggio Emilia).

La radiografia è presente in queste cinque realtà benché, per il 2014, nell'Istituto di Piacenza fosse ancora in fase di definizione.

Un altro **gruppo di specialità completa la dotazione di Parma e Piacenza**, mentre sono attive in modo più disomogeneo in pochi altri Istituti della regione: neurologia (anche a Ravenna), pneumotisiologia (anche a Ferrara), diabetologia (anche a Reggio Emilia), chirurgia, neurochirurgia ed ortopedia. Nel caso del centro diagnostico-terapeutico di Parma vi sono ulteriormente disponibilità di gastroenterologia e nutrizionista, fisiatria e fisiokinesiterapia.

Gli Istituti con **sezione femminile** che dispongono della ginecologia sono Bologna, Piacenza, Modena, Reggio Emilia e Forlì.

Le discipline specialistiche presenti negli Istituti sono riportate della tabella successiva.

Tab. 46 - Discipline specialistiche presenti negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2014

Specialità	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Castel-franco	Bologna	Ravenna	Ferrara	Forlì	Rimini
Infettivologia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psichiatria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dermatologia	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Odontoiatria ⁵²	x	x	x	x		x		x	x	x
Cardiologia	x	x	x	x		x	x	x	x	
Otorinolaringoiatria	x	x	x	x		x		x		
Oculistica	x	x	x	x		x				
Ginecologia	x		x	x		x			x	
Ecografia	x	x		x		x				
Fisiatria		x		x					x	
Neurologia	x	x					x			
Pneumotisiologia	x	x						x		
Diabetologia	x	x **	x	x						
Chirurgia ***	x	x								
Ortopedia	x	x								
Ostetrica	x					x				
Neurochirurgia	x	x								
Igiene/sanità pubbl.	x									x
Gastroenterologia		x								
Fisiokinesiterapia		x								x
Nutrizionista		x								
Radiologia	*	x	x	x		x				

* A Piacenza era in via di definizione nel 2014

** A Parma, diabetologia/endocrinologia

*** Effettua interventi di chirurgia generale

Per le specialità più diffuse, si riportano di seguito le ore erogate mensilmente per ciascuna tipologia di prestazione specialistica.

Tab. 47 - Ore erogate al mese per le discipline specialistiche presenti negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2014

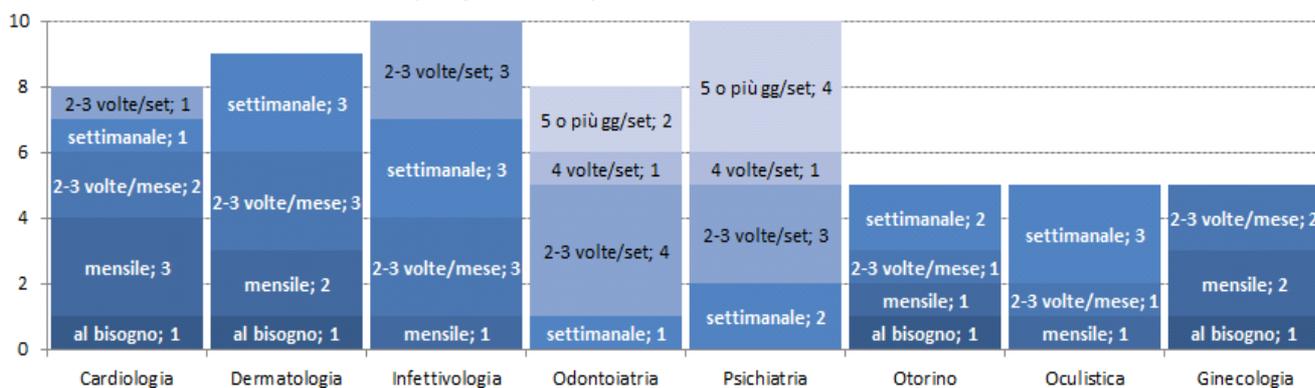
Specialità	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Castel-franco	Bologna	Ravenna	Ferrara	Forlì	Rimini
Infettivologia	10	30	8	40	16	40	8	12	10	12
Psichiatria	276	120	12	120	24	264	8	120	20	48
Dermatologia	6	6	6	5		16	*	8	4	4
Cardiologia	6	24	8	4		12	*	12	4	
Odontoiatria	90	96	16	48		96		40	8	24
Otorinolaringoiatria	6	12	nd	5		*		8		
Oculistica	8	12	4	6		16				
Ginecologia	4		*	6		8			8	

* al bisogno

⁵² A Bologna è presente anche l'Ortodonzia.

In merito alle specialità maggiormente diffuse, la **psichiatria** è presente quotidianamente in Istituto a Piacenza, Parma e Modena e Bologna, nei rimanenti una o più volte alla settimana. L'**infettivologia** è disponibile a Parma, Modena e Bologna più volte a settimana, ed a Ravenna, Ferrara e Castelfranco Emilia una volta. Nei rimanenti Istituti ha cadenza quindicinale o mensile. La **dermatologia** è fruibile settimanalmente a Modena, Bologna e Ferrara, due o tre volte al mese in 3 sedi, una sola volta negli altri Istituti. Solo a Ravenna l'operatore si reca in Istituto al bisogno.

Fig. 30 - Principali specialità presenti negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna per giornate di presenza al mese nel 2014



L'**odontoiatria** ha solitamente cadenza almeno settimanale, ed è più frequente a Parma e Bologna (quotidiana) ed a Piacenza (4 volte la settimana), seguite da Modena, Ferrara e Forlì e Rimini per due volte. A Reggio Emilia il servizio è invece disponibile mensilmente.

Infine la **cardiologia** ha una presenza più dilatata, almeno mensile: una frequenza più ravvicinata si registra nelle strutture di grandi dimensioni (a Parma 2 volte a settimana, a Bologna 1 volta a settimana) così come a Ferrara 3 volte al mese ed a Forlì per 2 volte.

Ulteriori **specialità garantite tramite accordo regionale**⁵³ sono tra le più diffuse negli Istituti: con maggiore frequenza si registrano l'otorinolaringoiatria una volta alla settimana a Parma e Ferrara, a Piacenza quindicinalmente e a Modena mensilmente; l'oculista è presente settimanalmente a Parma, Bologna e Modena, ed a Piacenza quindicinalmente e Reggio Emilia mensilmente. Con cadenza differenziata è inoltre attiva la ginecologia, in presenza della sezione femminile.

A completamento delle specialità più diffuse, a Parma numerose tra esse (ecografia, fisiatria, neurologia, chirurgia, diabetologia, gastroenterologia) sono disponibili almeno settimanalmente, mentre a Piacenza tali discipline – ecografia esclusa, che è settimanale – hanno cadenza quindicinale.

⁵³ DGR n. 746 del 21/05/2007 " Approvazione dell'atto di intesa tra la RER ed il Ministero della Giustizia e dell'accordo di collaborazione per il triennio 2007 – 2009 tra la RER e il DAP, in materia di assistenza sanitaria erogata a favore delle persone detenute negli istituti penitenziari del territorio regionale".

7.4.2 Le prescrizioni specialistiche

La cartella integrata SISP permette di gestire l'intero **ciclo di prescrizione/erogazione delle prestazioni specialistiche**, nelle sue componenti di visite, radiologia, laboratorio. È così possibile analizzare – per la prima volta, e con alcune limitazioni - le branche specialistiche ed alcune tipologie di prestazione maggiormente prescritte negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna.

Il numero di prescrizioni rappresenta un **indicatore, benché parzialmente sovrastimato, delle prestazioni erogate ai detenuti**, e che verranno misurate con precisione attraverso i flussi informativi sanitari. Le motivazioni della sovrastima possono verificarsi:

- a) innanzitutto perché non è dato conoscere anticipatamente il periodo per cui il detenuto si tratterà presso la struttura. In caso di trasferimento, dovrà essere sottoposto a nuove prescrizioni nella struttura di destinazione (quelle risultanti dalla consultazione della lettera di dimissione, dalla quale emergono gli esami prescritti ma non ancora svolti, ma anche quelle relative alla nuova visita di ingresso). Ciò avviene in particolare per i cicli di prestazioni (es. visite psichiatriche), per i quali viene effettuato anticipatamente l'intero insieme di prescrizioni, e viene interrotto per trasferimento/scarcerazione;
- b) il detenuto può inoltre non essere accompagnato a svolgere l'esame per motivi diversi (disciplinari, giudiziari, ecc.), per cui la prestazione viene nuovamente prescritta per una data successiva;
- c) il tema non è infine immune dal fenomeno delle prescrizioni duplicate, che possono verificarsi in caso di mancata consultazione da parte del medico prescrittore dell'intera cartella del paziente⁵⁴ ed altre motivazioni. Esso rappresenta comunque un **primo indicatore della domanda di prestazioni specialistiche** per la tutela della salute nelle carceri regionali.

Come precedentemente descritto, vi sono alcune **specialità garantite da professionisti interni** agli Istituti penitenziari, che rispecchiano in gran parte le prestazioni con maggior numero di prescrizioni. Nell'ordine troviamo la **psichiatria** (18% delle prescrizioni annuali), l'**odontostomatologia** (15%), la **cardiologia** (13%), la **dermatologia** (5%). Le visite **infettivologiche** (oltre 6% del totale) non rappresentano invece una branca specifica, ma confluiscono nella categoria residuale delle altre prestazioni, della quali rappresentano un'ampia parte insieme alle visite **tossicologiche** (4%).

Dai dati di SISP è possibile ricavare un indicatore che fornisce una diversa chiave di lettura; riguarda il **numero dei detenuti coinvolti da almeno una prestazione per branca**. Per quanto riguarda le specialità numericamente più rilevanti, appare così che circa la metà dei detenuti nel 2014 ha avuto almeno una visita psichiatrica. A seguire, invece, la cardiologia a fronte di un numero inferiore di prestazioni prescritte rispetto all'odontostomatologia, ha coinvolto una platea superiore di soggetti (37% del totale detenuti, contro il 29% dell'altra branca).

⁵⁴ La cartella SISP verrà dotata di una serie di controlli che – pur non impedendo nuove prescrizioni di prestazioni già presenti in cartella ma non ancora erogate - rendono evidente all'operatore che l'operazione che sta svolgendo può essere la risultante di un processo di "doppia prescrizione" effettuata in modo improprio.

Per le successive specialità viene in buona parte mantenuto l'ordine sia in termini di prestazioni che di detenuti soggetti ad almeno una prestazione per questa specialità. In particolare, la dermatologia, la gastroenterologia, l'oculistica, l'ORL e l'ortopedia hanno riguardato tra il 5% ed il 10% dei detenuti transitati in Emilia-Romagna. Le rimanenti branche specialistiche, tra quelle più utilizzate, si attestano tra l'1% ed il 3% dei detenuti.

È interessante notare come gli indicatori ogni 100 detenuti assumano **valori più elevati per i nuovi giunti** nell'anno, ad eccezione della psichiatria e dell'odontostomatologia.

Fig. 31 - Prestazioni specialistiche (esclusi gli esami di laboratorio) prescritte nel 2014 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna per branca

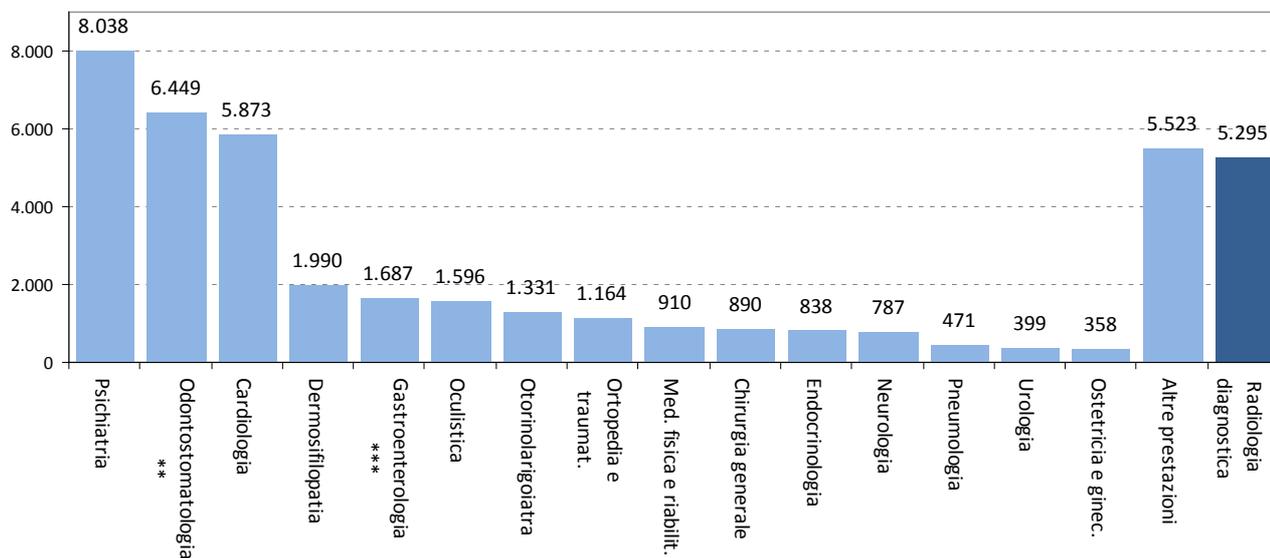
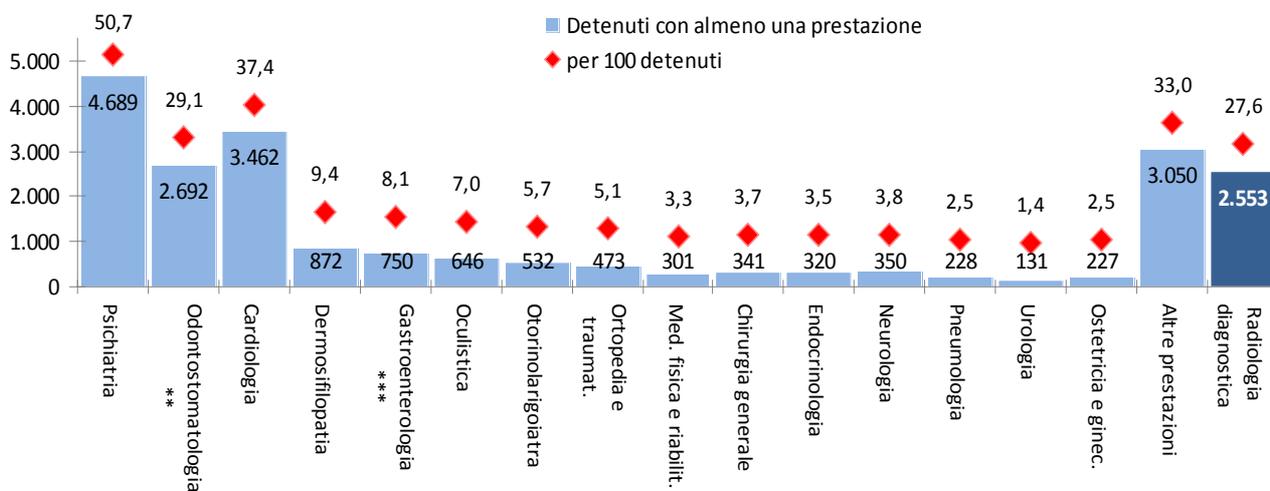


Fig. 32 - Detenuti con almeno una prestazione specialistica (esclusi gli esami di laboratorio) prescritte nel 2014 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna per branca. Valori assoluti e per 100 detenuti



Tab. 48 - Prestazioni specialistiche (esclusi gli esami di laboratorio) prescritte nel 2014 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

Branca	TOTALE				di cui NUOVI GIUNTI			
	Prestazioni prescritte	%	Detenuti con almeno una prest. prescr.	% det. con almeno una prescr.	Prestazioni prescritte	%	Detenuti con almeno una prest. prescr.	% det. con almeno una prescr.
Psichiatria	8.038	18,4	4.689	50,7	2.694	13,2	1.795	35,9
Odontostomatologia **	6.449	14,8	2.692	29,1	2.647	13,0	1.274	25,5
Cardiologia	5.873	13,5	3.462	37,4	2.760	13,5	1.962	39,3
Dermosifilopatia	1.990	4,6	872	9,4	1.303	6,4	604	12,1
Gastroenterologia ***	1.687	3,9	750	8,1	1.143	5,6	550	11,0
Oculistica	1.596	3,7	646	7,0	1.015	5,0	426	8,5
Otorinolaringoiatria	1.331	3,1	532	5,7	729	3,6	307	6,1
Ortopedia e traumatologia	1.164	2,7	473	5,1	660	3,2	291	5,8
Med. fisica e riabilitativa	910	2,1	301	3,3	430	2,1	154	3,1
Chirurgia generale	890	2,0	341	3,7	586	2,9	234	4,7
Endocrinologia	838	1,9	320	3,5	437	2,1	191	3,8
Neurologia	787	1,8	350	3,8	435	2,1	205	4,1
Pneumologia	471	1,1	228	2,5	297	1,5	152	3,0
Urologia	399	0,9	131	1,4	245	1,2	87	1,7
Ostetricia e ginecologia	358	0,8	227	2,5	232	1,1	162	3,2
Altre prestazioni	5.523	12,7	3.050	33,0	2.142	10,5	1.226	24,5
di cui: visite infettivologiche	2.851	6,5	1.560	16,9	1.552	7,6	931	18,6
visite tossicologiche *	1.909	4,4	1.205	13,0	859	4,2	652	13,1
Radiologia diagnostica	5.295	12,1	2.553	27,6	2.647	13,0	1.435	28,7
Totale	43.599	100			20.402	100		

* Solo gli Istituti di PC, PR, FE, FO registrano le visite tossicologiche mediante la scheda SISP di prescrizione specialistica

** Comprende anche prestazioni della chirurgia maxillo facciale

*** Comprende anche prestazioni della chirurgia ed endoscopia digestiva

Una dimensione di analisi importante per la medicina specialistica riguarda la **presenza delle discipline all'interno dell'Istituto**.

Nel paragrafo precedente si sono elencate le specialità dei singoli Istituti, che influenzano la ripartizione complessiva tra interne ed esterne del servizio regionale della salute nelle carceri. Le **specialità maggiormente utilizzate negli Istituti e garantite internamente dalla normativa regionale⁵⁵ (psichiatria, odontostomatologia, cardiologia, dermosifilopatia) sono prescritte per la quasi totalità a professionisti interni**. Tra esse la sola cardiologia, nel 12% dei casi, accede a servizi esterni. Ciò avviene anche per quanto riguarda la salute delle madri, nel caso delle prestazioni di **ostetricia e ginecologia**. Anche il gruppo disomogeneo delle "altre prescrizioni", che si è visto essere composto principalmente dalle **visite infettivologiche** e dalle **visite tossicologiche**, risulta richiesto per più del 95% dei casi dagli operatori sanitari interni al carcere.

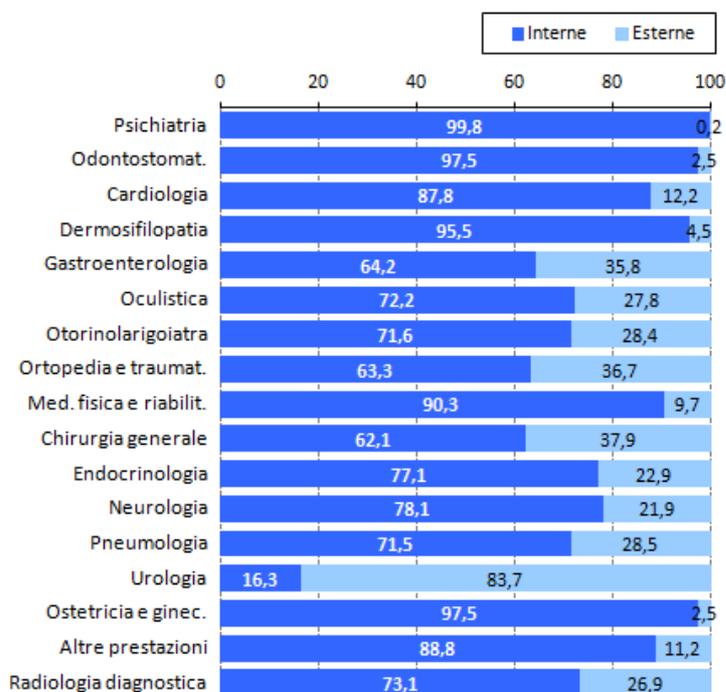
⁵⁵ DGR n. 746 del 21/05/2007 "Approvazione dell'atto di intesa tra la RER ed il Ministero della Giustizia e dell'accordo di collaborazione per il triennio 2007 – 2009 tra la RER e il DAP, in materia di assistenza sanitaria erogata a favore delle persone detenute negli istituti penitenziari del territorio regionale".

Altre discipline rilevanti, la cui presenza interna è richiesta dalla normativa per alcune realtà regionali, sono la gastroenterologia, l'oculistica, l'otorinolaringoiatria. In questo caso gli Istituti raggiungono una quota di prestazioni interne tra il 64% per la prima ed il 72% per le altre.

La strumentazione sanitaria presente all'interno delle carceri (vedi paragrafo seguente) permette infine di assolvere a quasi **due terzi degli esami radiologici diagnostici** richiesti per la salute dei detenuti.

Tab.49, Fig.33 - Prestazioni specialistiche (esclusi gli esami di laboratorio) interne ed esterne prescritte nel 2014 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna per branca.
Valori assoluti e composizione %

Branca	Esterne	Interne
Psichiatria	19	8.019
Odontostomatologia*	163	6.286
Cardiologia	717	5.156
Dermosifilopatia	90	1.900
Gastroenterologia**	604	1.083
Oculistica	444	1.152
Otorinolaringoiatria	378	953
Ortopedia e tramatol.	427	737
Med. fisica e riabilitativa	88	822
Chirurgia generale	337	553
Endocrinologia	192	646
Neurologia	172	615
Pneumologia	134	337
Urologia	334	65
Ostetricia e ginecologia	9	349
Altre prestazioni***	616	4.907
Radiologia	1.423	3.872
Totale	6.147	37.452



* Comprende anche prestazioni della chirurgia maxillo facciale

** Comprende anche prestazioni della chirurgia ed endoscopia digestiva

*** Solo gli Istituti di PC, PR, FE, FO registrano le visite tossicologiche mediante la scheda SISF di prescrizione specialistica

Il tema degli esami di laboratorio è invece di più complessa analisi, in quanto è possibile, disponendo dei dati relativi al singolo detenuto, calcolare tre tipi di indicatore:

- 1) il numero di **singole prestazioni prescritte** (nel caso degli esami del sangue, riguarda il singolo valore rilevato); nel caso di esami infettivologici, il singolo *marker*);
- 2) il numero di **prescrizioni**, dato per approssimazione dall'insieme di esami ematochimici prescritti nella stessa giornata. Tale prescrizione può contenere sia singoli esami del sangue propriamente detti, che *marker* di tipo infettivologico;
- 3) il numero di **detenuti che hanno avuto almeno una prescrizione** di esami di laboratorio.

Si registrano così quasi **20mila prescrizioni di esami di laboratorio** nel corso del 2014, pari a circa 92mila prestazioni. Tra essi è possibile identificare che quasi la metà ha riguardato analisi ematochimiche (del sangue e/o infettivologici) che corrispondono a circa 75mila prestazioni/parametri rilevati.

Le **analisi delle urine sono state circa 4.500** (23% delle analisi prescrizioni delle analisi di laboratorio), con un numero di circa 75mila prestazioni/parametri rilevati. Le analisi ematochimiche sono state

somministrate a più della metà (53%) della popolazione detenuta regionale transitata nell'anno, mentre quelle delle urine al 35%.

Tra gli esami specifici, emerge invece il test di Mantoux, prescritto a circa un terzo del totale dei detenuti.

Tab. 50 - Prescrizioni di esami di laboratorio nel 2014 per alcuni gruppi di prestazioni

Prestazione	TOTALE					
	Prestazioni prescritte (singolo esame)	%	Prescrizioni ^	%	Detenuti con almeno una prescr.	% det. con almeno una prescr.
Prescrizioni di prestazioni specialistiche di laboratorio	91.852	100	19.693	100		
di cui: Analisi ematochimiche ^	74.554	81,2	9.786	49,7	4.920	53,2
Analisi urine ^	11.762	12,8	4.559	23,2	3.270	35,3
Tubercolina secondo Mantoux	3.251	3,5	3.149	16,0	3.039	32,8
	di cui NUOVI GIUNTI					
Prescrizioni di prestazioni specialistiche di laboratorio	63.644	100	12.728	100		
di cui: Analisi ematochimiche ^	52.012	81,7	6.112	48,0	3.433	68,7
Analisi urine ^	7.778	12,2	2.881	22,6	2.313	46,3
Tubercolina secondo Mantoux	2.862	4,5	2.780	21,8	2.688	53,8

[^] Si intende per prescrizione di esami di laboratorio, l'insieme dei singoli esami (es. del sangue, delle urine) prescritti ad un detenuto nella stessa giornata. Una prescrizione può contenere più di una prestazione

Quale conseguenza della definizione della visita di primo ingresso in Istituto in base al percorso clinico-assistenziale della persona detenuta, gli indicatori di copertura per gli esami ematochimici e le analisi delle urine per uno screening generale, tossicologico e delle dipendenze sono più elevati di quelli della popolazione generale. Tale indagine non è però applicata alla totalità dei casi, come per i brevi spostamenti di Istituto, ad esempio per motivi processuali, e più in generale se sono già stati effettuati nel breve periodo nell'Istituto di provenienza.

Per le 9.700 **analisi ematochimiche** prescritte, è possibile specificare le singole prestazioni. Tra gli esami, la prestazione maggiormente presente è quella di routine, l'**emocromo completo** (in quasi 5.800 casi) ed ha riguardato il 39% dei detenuti del 2014. Vi sono poi **approfondimenti puntuali** quali il colesterolo, i trigliceridi, la creatinina ed il glucosio ciascuno tra le 2.500 e le 2.800 prestazioni, per il 17-18% dei detenuti dell'anno mentre le transaminasi, in particolare la GPT, sono state misurate per 3mila detenuti (33%).

Emergono tra gli esami ematochimici quelli relativi ai **test infettivologici**, l'esame dell'HIV che è stato somministrato in 4.000 casi circa (42% dei detenuti), il marker per l'epatite C a 3.600 detenuti (40%) ed i singoli marker per l'epatite B tra i 2.200 ed i 3.100 casi ciascuno (pari al 24%-34%). Infine circa la metà della popolazione è stato sottoposto ad uno dei test per la sifilide.

Se gli altri esami ematochimici sono somministrati anche per aggiornamento della situazione di salute del paziente detenuto, è interessante notare come circa **9 esami su 10 tra gli esami infettivologici prescritti è stato rivolto a detenuti nuovi giunti** per la fase di screening per l'accesso all'Istituto.

Gli **esami delle urine** prescritti nelle carceri assolvono principalmente a due funzioni diverse. Analizzando le prestazioni di questa categoria (4.500 complessive), il 71% di esse riguarda l'esame

generale chimico fisico e microscopico delle urine. L'altra funzione è quella di **indagine tossicologica** di sostanze stupefacenti e farmaci. Il numero più elevato di prestazioni riguarda la ricerca di cannabinoidi, cocaina ed oppiacei, per oltre 1.100 detenuti (13% circa del totale) seguita dal metadone (900; 10%). Anche in questo caso si conferma un test utilizzato all'ingresso del detenuto, in quanto **9 esami su 10 tra gli esami tossicologici prescritti è stato rivolto a detenuti nuovi giunti** per la fase di screening per l'accesso all'Istituto.

Tab. 51 - Prescrizioni di prestazioni specialistiche comprese nelle analisi ematochimiche prescritte nel 2014 per tipo di prestazione

Prestazione	TOTALE				di cui NUOVI GIUNTI			
	Prescri- zioni	Specifico esame per 100 prescr.	Det con almeno un esame	% det. con almeno un esame	Prescri- zioni	Specifico esame per 100 prescr.	Det con almeno un esame	% det. con almeno un esame
Prescrizioni di analisi ematochimiche ^	9.786				6.112			
di cui: Emocromo completo	5.787	59,1	3.633	39,3	3.744	61,3	2.618	52,4
Colesterolo totale	2.833	28,9	1.800	19,4	2.257	36,9	1.510	30,2
Trigliceridi	2.747	28,1	1.743	18,8	2.185	35,7	1.466	29,4
Creatinina	2.669	27,3	1.685	18,2	2.093	34,2	1.436	28,8
Colesterolo hdl	2.650	27,1	1.702	18,4	2.125	34,8	1.440	28,8
Glucosio	2.470	25,2	1.624	17,5	2.034	33,3	1.427	28,6
GPT (transaminasi)	4.682	47,8	3.095	33,4	3.308	54,1	2.362	47,3
GOT (transaminasi)	3.738	38,2	2.453	26,5	2.824	46,2	1.988	39,8
HIV	4.584	46,8	3.920	42,4	4.128	67,5	3.587	71,8
HCV *	3.682	37,6	3.725	40,2	4.015	65,7	3.357	67,2
HBV (HBsAg)	3.610	36,9	3.168	34,2	3.341	54,7	2.937	58,8
HBV (HBsAb)	3.241	33,1	2.815	30,4	2.989	48,9	2.607	52,2
HBV (HBcAb)	2.474	25,3	2.197	23,7	2.268	37,1	2.026	40,6
HAV **	779	8,0	694	7,5	717	11,7	637	12,8
Treponema pallidum***	5.224	53,4	4.618	49,9	4.881	79,9	4.337	86,8

^ Si intende per prescrizione di analisi ematochimiche, l'insieme dei singoli esami ematochimici prescritti su un detenuto nella stessa giornata. Una prescrizione può contenere più di una prestazione

** esami anticorpi*

*** esami IgG o totali, IgM*

**** somma degli esami EIA ed anticorpi TPHA, VDRL/RPR*

Tab. 52 - Prescrizioni di prestazioni comprese nelle analisi delle urine prescritte nel 2014 per tipo di prestazione

Prestazione	TOTALE				di cui NUOVI GIUNTI			
	Prescri- zioni	Specifico esame per 100 prescr.	Det con almeno un esame	% det. con almeno un esame	Prescri- zioni	Specifico esame per 100 prescr.	Det con almeno un esame	% det. con almeno un esame
Prescrizioni di esami delle urine	4.559				2.881			
di cui: Esame chimico fisico e microscopico urine	3.226	70,8	2.035	22,0	2.390	83,0	1.593	31,9
Cannabinoidi	1.731	38,0	1.214	13,1	1.258	43,7	1.077	21,6
Cocaina	1.729	37,9	1.208	13,1	1.256	43,6	1.072	21,5
Oppiacei	1.540	33,8	1.165	12,6	1.228	42,6	1.058	21,2
Metadone	1.155	25,3	908	9,8	992	34,4	849	17,0
Amfetamine	513	11,3	318	3,4	373	12,9	278	5,6
Etanolo	500	11,0	151	1,6	209	7,3	97	1,9
Eroina	347	7,6	99	1,1	117	4,1	54	1,1
Benzodiazepine	157	3,4	73	0,8	136	4,7	68	1,4
Microalbuminuria	147	3,2	73	0,8	106	3,7	54	1,1
Barbiturici	94	2,1	54	0,6	89	3,1	50	1,0
Droghe d'abuso *	370	8,1	307	3,3	353	12,3	293	5,9

[^] Si intende per singola prescrizione di esami di laboratorio, l'insieme degli esami delle urine prescritti su un detenuto nella stessa giornata. Una prescrizione può contenere più di una prestazione

* prestazione unica che comprende alcuni tra i test sopra specificati singolarmente

7.4.3 Le équipe delle dipendenze

Le competenze dell'équipe dipendenze rappresentano un **intervento specialistico di secondo livello sulla dipendenza da sostanze legali e illegali e da comportamenti additivi** (gioco, internet, ecc) da svolgersi in collaborazione con i medici di assistenza primaria, che hanno in carico il paziente dal punto di vista della salute generale. In ogni caso, il detenuto con problemi di uso di sostanze ha diritto a ricevere **prestazioni cliniche idonee scaturite dalla collaborazione tra il personale dell'équipe dipendenze e il medico di assistenza primaria**. In questo ambito, l'équipe si fa carico delle problematiche connesse con le dipendenze, a prescindere dalla possibilità di ipotizzare una misura alternativa.

La cura del detenuto che in sede di visita di primo ingresso si è dichiarato consumatore di stupefacenti o abusatore di alcol/farmaci psicoattivi, è affidata ad un'équipe per le dipendenze multidisciplinare. Le funzioni di tale équipe sono molteplici, finalizzate sia ad una **valutazione clinico-diagnostica** del paziente che ad un **intervento terapeutico - riabilitativo** intra-murario ed eventualmente extra-murario. Tra gli altri compiti: effettuare l'*assessment* clinico del paziente, accertare la presenza di un'eventuale sindrome astinenziale o da intossicazione acuta da sostanze, e porre in atto i necessari provvedimenti terapeutici anche farmacologici.

Compongono l'équipe delle dipendenze:

- 1) il **medico del SerT**, che propone tempestivamente i controlli tossicologici, nonché prescrive accertamenti diagnostici per verificare la sussistenza di patologie organiche secondarie alla condotta d'abuso. Esso effettua, per tutti i nuovi giunti, un'anamnesi approfondita rispetto

all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive, alla presenza di eventuali patologie correlate all'uso di sostanze ed informa la persona mediante attività di *counselling*;

- 2) lo **psicologo** dell'équipe, che acquisisce dati utili per l'inquadramento diagnostico, anche ai fini della certificabilità, fornisce interventi di sostegno nelle varie fasi della carcerazione (adattamento iniziale, attesa di udienze, ecc..), ed approfondisce il problema della dipendenza patologica;
- 3) l'**assistente sociale**, che approfondisce invece gli aspetti sociali, familiari e lavorativi, ed acquisisce dai servizi territoriali informazioni utili al coordinamento con eventuali programmi terapeutici svolti prima dell'arresto;
- 4) l'**educatore** che attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito del progetto terapeutico elaborato dall'équipe, volto a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali.

Nel 2014 le **équipe dipendenze** sono presenti in tutti gli **Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna** e sono composte, nel complesso, da **61 operatori**.

Le figure professionali del **medico** e dello **psicologo** sono presenti in tutte le équipe, mentre l'**infermiere** dedicato esclusivamente all'équipe è presente solo in 5 realtà regionali. Negli Istituti emiliani si riscontra una presenza alternativa tra le professionalità dell'**educatore** (a Parma, Reggio Emilia, Modena e Castelfranco) e dell'**assistente sociale** (a Piacenza e Castelfranco). A Ferrara e negli Istituti della Romagna invece è, al contrario, più frequente la compresenza delle due figure professionali.

Fig. 34 - Numero di operatori delle équipe dipendenze degli IIPP dell'Emilia-Romagna per professionalità nel 2014

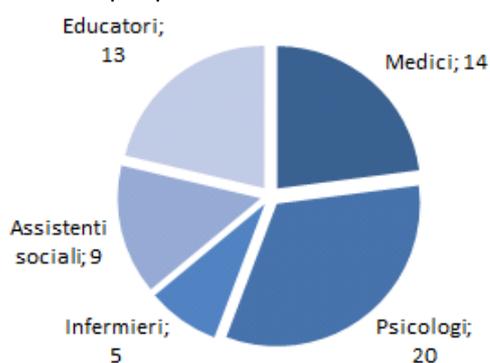
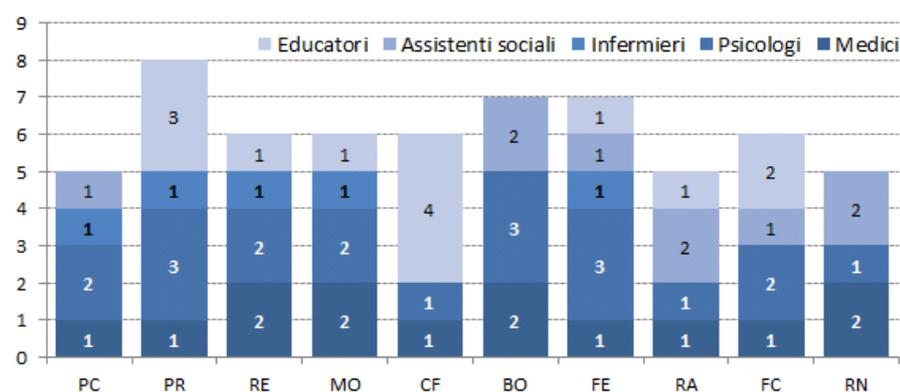


Fig. 35 - Numero di operatori delle équipe dipendenze degli IIPP dell'Emilia-Romagna per professionalità ed Istituto nel 2014

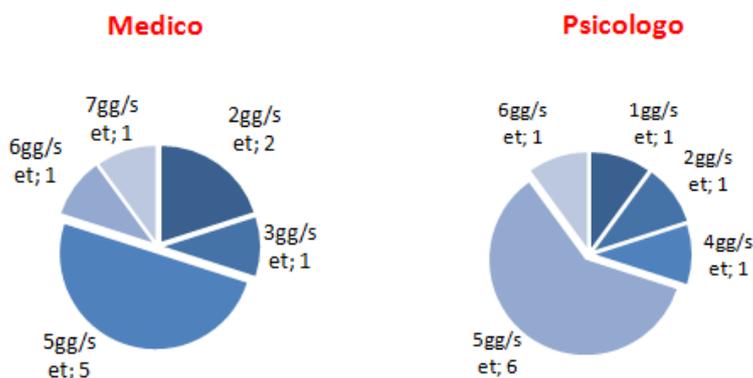


È quindi garantita la presenza di **almeno un medico per ogni équipe**, che sale a due o più unità negli Istituti di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Rimini. L'altra professionalità, numericamente più consistente di quella dei medici, presente **in ogni équipe è quella dello psicologo**. Nel complesso, i professionisti che operano nelle carceri dell'Emilia-Romagna sono 20, in numero **almeno pari a due per Istituto**, che scendono ad una sola unità nelle realtà penitenziarie di più contenute dimensioni (Castelfranco Emilia, Ravenna e Rimini). Al contrario, salgono a tre unità nelle carceri di maggiori dimensioni (Bologna, Parma) ed a Ferrara⁵⁶.

⁵⁶ Nell'Istituto di Ferrara il servizio sui pazienti tossicodipendenti e della salute mentale viene considerato in modo unificato. Le risorse sono quindi attribuibili all'insieme delle due funzioni.

In Istituto il **medico opera almeno 5 giorni alla settimana**, con una copertura superiore a Bologna (6gg/settimana) e Modena (7gg). Nella sola Casa di lavoro di Castelfranco Emilia le giornate settimanali scendono a due la settimana, ed a Reggio Emilia a tre.

Fig. 36 - Copertura settimanale del servizio di medici e psicologi delle équipe dipendenze nel 2014 nei 10 IIPP dell'Emilia-Romagna



Analogamente la **presenza dello psicologo dell'équipe è prevista almeno 5 giorni alla settimana** nella maggior parte dei casi, frequenza che sale a 6 giorni a Piacenza. La copertura giornaliera del servizio è molto inferiore a Castelfranco Emilia (2gg) e Ravenna (1gg).

Di seguito si riportano le ore settimanali dichiarate per le diverse tipologie di professionista per ciascun Istituto penitenziario della regione.

Tab. 53 - Ore settimanali per medici e psicologi e delle équipe dipendenze nel 2014[^]

	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Castelfranco	Modena	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini**
Medico	38	30	20	28	6	39	20	12	12	46
Psicologo	22	36	28	28	13	33	28 *	24	35	22 **

[^] ore mensili divisi per 4 settimane

* Svolgono attività su detenuti TD e con problematiche psichiatriche. Ore complessive

** Svolge attività su detenuti TD e con problematiche psichiatriche. Ore sui soli detenuti TD

In merito alle ulteriori professionalità che fanno parte dell'équipe dipendenze:

- 1) **Gli infermieri.** Sono presenti con attività esclusiva sulle dipendenze solo a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena e Ferrara. Quando presente, l'infermiere effettua un'attività quotidiana feriale comprensiva del sabato.
- 2) **Gli assistenti sociali.** Tale professionalità opera nelle équipe dipendenze di Piacenza, Bologna, Ravenna, Ferrara, Forlì e Rimini. Le unità dedicate all'équipe dipendenze sono nel complesso 9, con una disponibilità per Istituto che sale a due unità negli IIPP di Bologna e Ravenna. Essi operano con una copertura settimanale più ampia a Piacenza, con 5 giornate a settimana, a Bologna (4gg) e Forlì e Rimini (3gg).
- 3) **Gli educatori.** Essi sono un numero complessivo di 13, e sono presenti nelle équipe dipendenze di Castelfranco Emilia (4 unità), Parma (3), Forlì (2), Reggio Emilia, Modena, Ferrara e Ravenna (1). La copertura settimanale del servizio è relativamente contenuta, con almeno 2 giornate alla settimana (1 a Ravenna, 12 ore/settimanali a Reggio Emilia). Seguono invece i detenuti in tutti i giorni feriali a Parma, Modena e Rimini.

7.4.4 Gli operatori della salute mentale

Il servizio di **salute mentale è presente in tutti gli Istituti penitenziari e dispone di 20 psichiatri**, che erogano prestazioni per oltre 294 ore mensili. A Parma e Piacenza si registra il numero più elevato di psichiatri, pari a 4. Quest'ultimo ha una dotazione elevata per la presenza di uno specifico Reparto di Osservazione Psichiatrica (v. capitolo dedicato al ROP). Per numero di operatori, tali Istituti sono seguiti da Bologna (3). Parimenti il numero di ore settimanali più elevato si registra a Piacenza (69 ore) ed a Bologna (66). Il servizio opera in Istituto in tutti i giorni feriali a Piacenza e Modena, ed – escluso il sabato – a Parma e Bologna.

La psicologia clinica non è mai stata presente nella medicina penitenziaria e il servizio sanitario in carcere, quindi, non disponeva di queste figure professionali. La necessità di tale professionalità era, però, stata avvertita in passato, e **sviluppata in quasi tutti gli Istituti della regione, attraverso iniziative locali e realizzazione di specifici progetti**, spesso condivisi dall'A.P. con i SerT, e da questi finanziati, per rispondere a bisogni anche di persone non tossicodipendenti, soprattutto riguardo all'accoglienza del detenuto nuovo giunto.

I professionisti dell'assistenza psicologica nel 2014 sono in totale 15, ed in alcune realtà è presente più di un operatore (sono 2 a Piacenza e Parma, 4 a Modena). Essi svolgono attività per 278 ore la settimana (da un minimo di 13 ore a Rimini ad un massimo di 50 a Parma) ed in quasi tutte le realtà operano tutti i giorni feriali escluso il sabato. È esteso a 6 giorni la settimana a Reggio Emilia, mentre a Ravenna svolge attività per 4 giorni. Nelle sedi di Castelfranco e Bologna non è presente in maniera stabile.

Tab. 54 – Numero professionisti e attività per il servizio di salute mentale e assistenza psicologica negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna nel 2014

Salute mentale e assistenza psicologica	Psichiatri			Psicologi		
	Numero professionisti	Numero di ore / settimana	Numero gg presenza / settimana	Numero professionisti	Numero di ore / settimana	Numero gg presenza / settimana
Piacenza	4	69	6 gg / 7	2	47	5 gg / 7
Parma	4	36	5 gg / 7	2	50	5 gg / 7
Reggio Emilia	2	12	2 gg / 7 ***	1	24	6 gg / 7
Modena	2	31	6 gg / 7	4	48	5 gg / 7
Castelfranco	1	6	1-2 gg / 7			
Bologna	3	66	5 gg / 7			
Ferrara	1	30	4 gg / 7	3 *	28 *	5 gg / 7
Ravenna	1	8	2 gg / 7	1	30	4 gg / 7
Forlì	1	20	3 gg / 7	1	38	5 gg / 7
Rimini	1	16	2 gg / 7	1 **	13 **	5 gg / 7

* È presente, e opera indistintamente anche sulle tossicodipendenze e sull'accoglienza dei nuovi giunti.

Le ore riportate sono indicative dell'**attività svolta per la salute mentale e le tossicodipendenze**.

** Si tratta degli stessi professionisti che svolgono attività sia a favore dei detenuti TD che dei detenuti con problematiche psichiatriche. Le giornate riportate sono indicative dell'**attività svolta per la salute mentale e le tossicodipendenze**.

*** in aggiunta, può intervenire a chiamata dall'OPG

A Bologna e Piacenza, al servizio di salute mentale in Istituto sono dedicati anche due infermieri, presenti per 72 ore la settimana e che operano almeno 5 giorni su 7 (6 giorni la settimana, nel caso del

ROP di Piacenza). Parma ha infine un educatore specifico, dedicato alle attività della salute mentale, per 62 ore la settimana.

Tab. 55 – Numero di altri operatori con attività per il servizio di salute mentale negli Istituti penitenziari dell’Emilia-Romagna nel 2014

Salute mentale	Infermieri			Educatori		
	Numero professionisti	Numero di ore / settimana	Numero gg presenza / settimana	Numero professionisti	Numero di ore / settimana	Numero gg presenza / settimana
Piacenza *	2	72	6 gg / 7			
Parma				1	62	5 gg / 7
Bologna	2	72	5 gg / 7			

* prevalentemente dedicati all’equipe del ROP

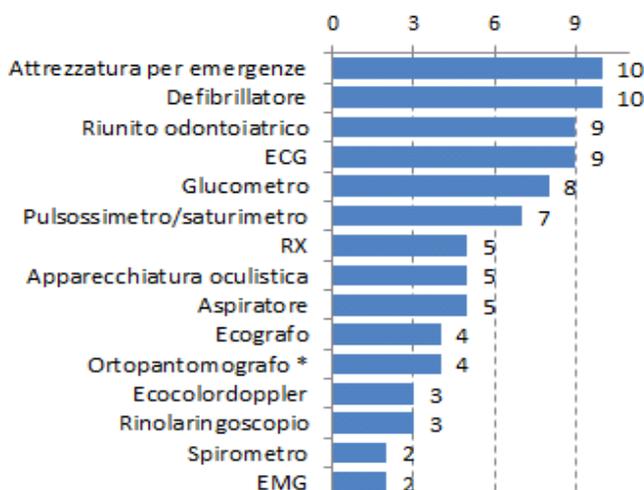
7.5 Le strumentazioni

Negli Istituti penitenziari dell’Emilia-Romagna è inoltre presente una **strumentazione utile all’erogazione di prestazioni specialistiche**. Tra quelli maggiormente diffusi, sono presenti in 9 realtà, ad esclusione di Ravenna, il riunito odontoiatrico e l’ECG.

Ulteriore strumentazione sanitaria presente negli Istituti penitenziari è rappresentata dal glucometro (escluse Forlì e Rimini) ed il pulsossimetro/saturimetro assente anche a Ravenna.

Gli Istituti di medie e grandi dimensioni (Piacenza, Parma, Modena e Bologna) sono dotati inoltre di ulteriore strumentazione quale l’RX, l’apparecchiatura oculistica, l’aspiratore e l’ecografo. I primi due sono presenti anche a Modena e Reggio Emilia, l’aspiratore anche a Ferrara e Rimini.

Fig. 37 - Numero di IIPP dell’Emilia-Romagna con tipologia di strumentazione nel 2014



Rispetto agli altri Istituti, **Parma e Piacenza si differenziano per la presenza di tutte le principali strumentazioni sanitarie rilevate**, benché meno diffuse, quali l’ormopantografo, l’ecocolordoppler, il rinolaringoscopio, lo spirometro e l’EMG.

Tali apparecchiature si ritrovano, benché in modo disomogeneo ed in poche unità, in altre realtà penitenziarie (es. l’ortopantomografo a Reggio Emilia e Castelfranco Emilia, l’ecocolordoppler a Modena, il rinolaringoscopio a Ferrara).

Gli Istituti di Parma completano la dotazione con C-PAP/B-PAP, concentratore di ossigeno, audio-impedenzometro, dosaggio troponina, Holter – ECG e presenza di locali attrezzati per fisiokinesiterapia e di un ambulatorio specialistico per l’oculistica. Piacenza evidenzia infine la presenza di monitor multiparametrico, di elettrobisturi e di lampada scialitica. In tutti le realtà regionali è infine presente l’attrezzatura per emergenze. Di seguito il dettaglio della strumentazione per Istituto.

Tab. 56 - Strumentazione presente negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2014

Strumentazione	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Castel-franco	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini	Istituti con strumentazione
Attrezzatura per emergenze	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Defibrillatore	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Riunito odontoiatrico	x	x	x	x	x	x	x		x	x	9
ECG	x	x	x	x	x	x	x		x	x	9
Glucometro	x	x	x	x	x	x	x	x			8
Pulsossimetro/saturimetro	x	x	x	x	x	x	x				7
RX	x	x ***	x **	x		x					5
Apparecchiatura oculistica	x	x	x	x		x					5
Aspiratore	x	x				x	x			x	5
Ecografo	x	x		x		x					4
Ortopantomografo*	x	x	x		x						4
Ecocolor Doppler	x	x		x							3
Rinolaringoscopio	x	x					x				3
Spirometro	x	x									2
EMG	x	x									2

* Comprende Ortopantomografo, RX endorale per ODT o Radiologico per endorale

** RX disponibile presso OPG

*** RX Telecomandato

Ulteriori strumentazioni dichiarate: **Parma** C-PAP/B-PAP, concentratore ossigeno, EMG, audio-impedenzometro, dosaggio troponina, test di Holter dinamico, test di Holter pressorio, e presenza di locali attrezzati per fisiokinesiterapia e di un ambulatorio specialistico oculistica; **Piacenza** Monitor multiparametrico, elettrobisturi, lampada scialitica; **Ferrara** Lampada dermatologo

8. Profili di salute della popolazione detenuta

Il profilo di salute della popolazione detenuta nelle carceri dell'Emilia-Romagna mostra caratteristiche che disegnano un **quadro di particolare fragilità sociale e individuale** alla cui base sono, storicamente, povertà culturale, affettiva, economica, alta presenza di soggetti immigrati⁵⁷.

Su questa evidenza l'assistenza sanitaria nelle carceri della Regione Emilia-Romagna intende realizzarsi secondo le indicazioni riportate nel "**Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute**", documento specifico inviato alle Aziende USL con la Circolare della D.G. Sanità e Politiche sociali n.15/2012 che, oltre all'attività legata al periodo d'ingresso in carcere nell'accoglienza destinata all'individuazione dello stato di salute dei Nuovi Giunti, individua due linee di orientamento principali che riguardano:

- persone detenute sane,
- persone detenute con patologie croniche.

La forma assistenziale perseguita è quella dello **sviluppo di forme di medicina di iniziativa**:

- nei sani, attraverso attività di promozione della salute,
- nei malati, favorendo sia la cura che la prevenzione di possibili complicanze.

⁵⁷ "Il percorso assistenziale per le persone detenute" – scheda 3 – Regione Emilia-Romagna, 2013.

fornendo interventi terapeutici e informazioni atte a conservare o migliorare lo stato di salute dei singoli individui e dell'intera comunità.

In entrambi i casi è possibile il riscontro di eventi acuti destinati alla guarigione sia nei sani che nei malati cronici, o eventi acuti che possono evolvere direttamente nella cronicità o complicare patologie croniche aggravando lo stato di salute dei soggetti malati.

Per quanto riguarda i **soggetti sani**, il modello assistenziale si sviluppa anche individuando i principali fattori di rischio cui sono esposti, elaborando strategie di approccio, condivise nel servizio, a favore di soggetti con peculiari criticità nella relazione, ad esempio una forte diffidenza.

Di conseguenza, il personale sanitario è fortemente impegnato sulla promozione della salute, avendo a disposizione anche figure di prossimità specificamente formate, i promotori della salute che, lavorando sia in modo individuale che a gruppi, possono facilitare il lavoro dei sanitari, attuando una attività costante dedicata di *counseling* individuale verso i soggetti più "difficili", perseguendo obiettivi di prevenzione primaria.

Per i **soggetti portatori di patologie croniche**, il modello assistenziale proposto è il *Chronic Care Model*, il cui presupposto fondamentale è quello di individuare un *case-manager* che possa divenire il riferimento della persona detenuta malata, ponendo in essere in modo condiviso un **piano assistenziale che si fonda sull'empowerment del soggetto**. Ne costituisce quindi elemento portante l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale, formulato al termine del periodo di accoglienza (entro 14 giorni dall'ingresso in carcere) e soggetto a monitoraggio periodico per possibili variazioni sulla base di quanto rilevato dal personale sanitario o asserito dalla persona detenuta.

È la forma assistenziale più complessa da attuare, riguarda patologie croniche trasmissibili e non. Ne consegue un impegno professionale coerente con quelli che sono gli obiettivi e le indicazioni della Regione Emilia-Romagna ai servizi territoriali rivolti dall'assistenza distrettuale ai cittadini liberi, soprattutto verso i portatori di patologie croniche.

A questo proposito è utile riassumere dati recenti che indicano come nella popolazione in generale del territorio regionale sia stato riscontrato che le patologie croniche che tra i 18 e i 69 anni riguardano il 18% degli abitanti⁵⁸, dato in linea con quello nazionale, riferito a:

- malattie respiratorie: bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale rappresentano il 7,9% delle patologie croniche;
- malattie cardiovascolari: miocardiopatia ischemica, vasculopatie cerebrali rappresentano il 4,8% delle patologie croniche;
- tumori;
- diabete mellito;
- epatiti croniche;
- insufficienza renale.

Altre caratteristiche, in sintesi, sono:

- il 18% dei soggetti con patologie croniche ne ha più di una;
- il 3% tra essi ne riferisce 3 o più;
- i soggetti con 2 patologie croniche si individuano con maggiore frequenza fra i 50 e 59 anni e hanno un basso livello di istruzione e basso reddito;

⁵⁸ Studio Passi(2014) "Patologie croniche e stili di vita. Sistema di sorveglianza Passi 2008-2012".

- la presenza di sintomi di depressione è più frequente nei soggetti con patologie croniche, 12%, rispetto al 6% nelle persone senza patologie. Si tratta per lo più di donne, a basso reddito e bassa istruzione;
- solo il 28% di questi soggetti con patologie croniche si è sottoposto a vaccinazioni.

Si tratta di patologie a lungo decorso, in generale, legate all'**esposizione a fattori di rischio comuni**, modificabili, quali:

- consumo di tabacco,
- dieta non sana,
- inattività fisica,
- consumo dannoso di alcool,

che certamente contribuiscono, con il permanere dell'esposizione, a favorire l'insorgenza di complicanze, mentre ne possono essere limitati gli effetti negativi se si riescono a correggere in modo significativo gli stili di vita.

Influiscono inoltre **fattori non modificabili** quali l'età, o la predisposizione genetica e i **determinanti impliciti**, le cause delle cause, risultanti di caratteristiche sociali, economiche, culturali e fra queste la povertà economica e culturale.

Tale premessa ci orienta nella comprensione degli obiettivi del Servizio Sanitario penitenziario che, al pari di quelli territoriali, intende raggiungere negli Istituti di Pena un **livello assistenziale coerente con quello offerto ai cittadini liberi**, riproponendo le stesse strategie valide nella realtà territoriale.

Per una razionale pianificazione diviene essenziale disporre dei dati relativi alle patologie codificate.

Oggi ciò è possibile tramite la **cartella clinica informatizzata SISP** (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria), che rappresenta un tassello fondamentale nell'evoluzione del servizio e che, nel prossimo futuro, potrà contare su collegamenti con le varie reti informative delle Aziende USL, tale da poter rilasciare rapidamente un quadro esaustivo sul profilo di salute delle persone detenute, nel loro complesso e nei vari Istituti.

Ad ampliare la portata di queste affermazioni è il dato che si tratta di una popolazione per cui l'OMS⁵⁹ nel 2014 ribadiva l'importanza derivata dal rilievo che, già in età più giovane rispetto a quella del territorio, è portatrice di patologie croniche di notevole importanza sia dal punto di vista individuale che sociale, tali da giustificare ampiamente gli investimenti indirizzati a migliorare l'approccio verso la propria salute e la propria comunità^{60,61,62,63} costituendo un vero e proprio problema di sanità pubblica.

Ridurre l'impatto delle patologie croniche sui soggetti detenuti, favorire la promozione di una diversa cultura sanitaria in popolazioni svantaggiate come i detenuti, può costituire:

un obiettivo strategico importante per i servizi sanitari penitenziari, nei sani per prevenire nei malati per curare e prevenire, con la finalità di migliorare la convivenza con patologie destinate a determinare gravi ripercussioni;

⁵⁹ "Prison and Health", WHO EUROPA, aprile 2014.

⁶⁰ Audizione Camera Deputati "Indagine conoscitiva sullo stato di salute dei detenuti" S. Ardita, Marzo 2004.

⁶¹ "Malati in Carcere", ed. F. Angeli, 2007.

⁶² "La salute dei detenuti in Italia. Risultati di uno studio multicentrico", Ars toscana, aprile 2015.

⁶³ "Prison and Health", WHO EUROPA, aprile 2014.

una misura di equità verso una popolazione già largamente svantaggiata da un punto di vista culturale ed economico, che ci consente di sostenere un concetto di salute, che affermi la dignità della persona, ponendo alla base della relazione il rispetto dei diritti umani, pur nella condizione non ideale della detenzione.

Riprendiamo integralmente, condividendone pienamente i contenuti, quanto affermato in un recente documento prodotto sulla salute dei detenuti, relativo allo studio multicentrico della Regione Toscana già citato, che ripercorre un'esperienza del resto già acquisita anni fa dall'Amministrazione Penitenziaria nei primi lavori di rilevazione dello stato di salute dei detenuti in Italia:

“occuparsi della salute dei detenuti e della loro tutela sanitaria è cruciale per numerosi motivi. In primo luogo occuparsi della salute delle persone detenute equivale a mettere in atto interventi di salute pubblica nella accezione più ampia del termine. Molti studi internazionali hanno dimostrato, infatti, come la popolazione detenuta sia caratterizzata da un'alta prevalenza di persone con gravi condizioni di salute e, nonostante si tratti di una popolazione anagraficamente giovane, vi si rileva una prevalenza nettamente superiore, rispetto alla popolazione generale, di disturbi psichici, di dipendenza da sostanze psicotrope, di malattie infettive e di alcune patologie croniche, soprattutto a carico dell'apparato gastrointestinale. sappiamo, inoltre, che la maggior parte dei detenuti tornerà libera, portando con sé malattie che potranno potenzialmente rappresentare un rischio per la salute di tutta la comunità, aggiungendo malattia al carico di malattia già presente. deve quindi esserci un interesse stringente affinché questo spaccato di popolazione riceva trattamenti e cure appropriate per qualsiasi disturbo, disagio o malattia manifesti.

Il secondo motivo è, se possibile, ancora più importante: coloro che sono deputati a garantire l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri sono, a tutti gli effetti, impegnati a ridurre le disuguaglianze di salute nella nostra società. è un dato di fatto che la maggioranza dei detenuti proviene dagli strati socialmente ed economicamente più poveri della collettività, ed è caratterizzata da un grado di privazione materiale e psicologica incomparabilmente più alto rispetto a quello della popolazione generale. l'ingresso in carcere di questo tipo di popolazione rappresenta, spesso, la prima vera occasione per ricevere un livello e una tipologia di nutrizione adeguati e/o la possibilità di ridurre la vulnerabilità dal punto di vista sanitario. fornire assistenza sanitaria adeguata in carcere, quindi, può rappresentare davvero uno degli avamposti della lotta alle disuguaglianze di salute nella nostra società”.

Per tutti questi presupposti in questo report si vogliono introdurre informazioni che, sebbene parziali per i motivi legati all'evoluzione e alla crescita di competenze del personale sanitario addetto, mostrano la complessità del quadro assistenziale che caratterizza la sanità penitenziaria.

8.1 Le caratteristiche della popolazione detenuta

In virtù dell'adozione della cartella informatizzata unica del settore sanitario degli Istituti dell'Emilia-Romagna, è possibile ottenere **alcuni dati sulle caratteristiche dei detenuti e sulle loro condizioni di salute**. In futuro, con la strutturazione di un flusso dati regolamentato, saranno analizzate in dettaglio le informazioni per tracciare un profilo di salute completo delle persone.

Il primo aspetto riguarda il **numero di detenuti**, o meglio il numero di coloro che sono transitati per almeno un giorno presso il settore Salute nelle carceri degli IIPP. Nelle carceri italiane vi è solitamente un **elevato turnover** delle persone, per gli usuali effetti delle entrate e uscite dalla detenzione, per esigenze di tipo processuale oppure al fine di rispondere alle diverse esigenze sanitarie (ad esempio,

per recarsi in carceri maggiormente attrezzate a rispondere a determinate esigenze sanitarie, quale il centro clinico di Parma).

Procedura diversa è invece contare le “**cartelle sanitarie aperte**”, corrispondenti ad una detenzione della singola persona in un Istituto per almeno un giorno nell’anno. In questo tipo di analisi, ad esempio, una persona detenuta per due volte nello stesso Istituto è conteggiata due volte.

Si tratta quindi più che altro di un’analisi sulla **movimentazione dei detenuti**. Nel corso del 2014 i detenuti per almeno un giorno nell’anno sono stati 9.255, con una rilevante differenza tra IIPP. Bologna (2.697), Modena (1.313) e Parma (struttura a maggiore alta specializzazione clinica, 1.243) sono gli Istituti che devono affrontare un numero più elevato di interventi sanitari sui detenuti, sia perché sono strutture con più alto numero di posti, sia perché vi è un rilevante *turnover* di persone.

In generale è di rilievo sottolineare che l’analisi **si colloca in un momento nel quale gli Istituti in generale stanno riducendo la propria popolazione detenuta**, quindi i valori di uscite/cartelle chiuse superano ampiamente il numero dei nuovi entrati. Fa eccezione nel 2014 l’**Istituto di Piacenza che, in conseguenza dell’apertura di una nuova sezione**, quantomeno pareggia l’ammontare di entrate ed uscite.

Tab. 57 - Numero di detenuti con cartella aperta per almeno un giorno nell’anno, con cartella aperta e chiusa, detenuti con cartella aperta al 31.12 nel 2014 negli II.PP. dell’Emilia-Romagna*

Istituto	Cartelle aperte per almeno un giorno nell'anno	di cui nuove cartelle aperte	di cui cartelle chiuse
Piacenza	848	544	517
Parma	1.243	492	660
Reggio Emilia	573	329	424
Castelfranco E.**	221	94	23
Modena	1.313	749	950
Bologna***	2.697	1.269	1.674
Ferrara	715	313	419
Ravenna	472	369	385
Forlì	539	372	412
Rimini	634	463	517
Totale	9.255	4.994	5.981

* Alcuni detenuti possono aver avuto anche più cartelle aperte/chiusure nel corso dell’anno nei casi di passaggio tra Istituti

** Comprende i detenuti assenti dall’Istituto per motivi legati alla condizione giuridica (es, permesso), e che risultano quindi in carico alla casa di lavoro (circa 100 al 31.12.2014)

*** Comprende i detenuti usciti temporaneamente dall’Istituto nell’anno, ma che si ipotizza potrebbero rientrare nell’Istituto (circa 350 al 31.12.2014)

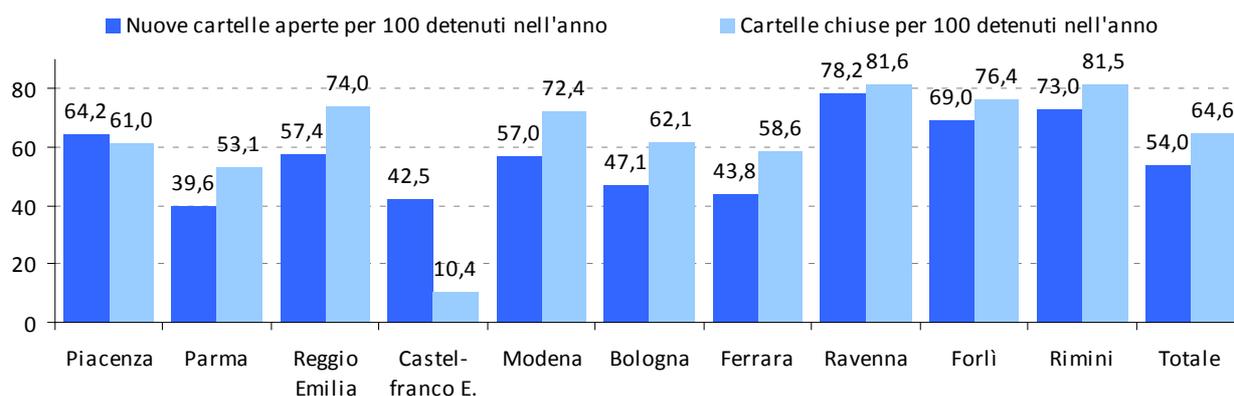
La progettualità sulla salute può essere affrontata con maggiore continuità nelle situazioni in cui un **detenuto in condizioni di salute non ottimali è seguito per un tempo prolungato presso un determinato settore sanitario**. Per questo motivo risulta importante l’aspetto della movimentazione degli Istituti, e delle relative differenze.

Gli Istituti della Romagna si caratterizzano per piccole dimensioni ed elevata movimentazione in termini sia di entrate che di uscite. A Ravenna, Rimini e Forlì, infatti, si registrano valori che si attestano tra i 69 ed i 78 nuovi accessi ogni cento transitati e, di converso, valori tra i 76 e gli 82 uscite ogni cento transitati. Al di sopra del valore di 70 uscite ogni cento, anche gli IIPP di Reggio Emilia e Modena.

Per le loro caratteristiche, ed in particolare per la presenza delle sezioni riservate ai detenuti con condanne 41bis e ad alta sorveglianza, **tassi meno elevati di turnover si registrano nel centro clinico di Parma e nell'Istituto di Ferrara.**

Di difficile valutazione sono invece le movimentazioni di Bologna, per via della gestione delle cartelle per cui si mantengono in carico anche detenuti che “potenzialmente” potrebbero tornare in carico, e quella di Castelfranco Emilia, che mantiene aperta la cartella per i detenuti assenti dall'Istituto per motivi legati alla condizione giuridica (es. permesso). Per quest'ultima è da evidenziare la situazione peculiare, in quanto **Castelfranco Emilia è una “Casa di lavoro”, con un numero più contenuto di detenuti e nella quale il turnover è meno rilevante.**

Fig. 38 - Nuove cartelle aperte e chiuse nell'anno sul totale dei detenuti transitati nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna



Per le cartelle ancora aperte alla fine dell'anno è inoltre possibile determinare la **durata della “presa in carico” del paziente detenuto, pari alla sua permanenza in Istituto.** Questa informazione completa le indicazioni sul tempo disponibile agli operatori sanitari per garantire la continuità della cura in uno stesso luogo, con gli stessi operatori e strumentazioni.

Specularmente alla maggiore movimentazione, la **durata della permanenza negli Istituti della Romagna risulta fortemente ridotta** rispetto alla media regionale. Per tali IIPP oltre la metà dei presenti al 31/12 sono detenuti da non più di sei mesi (addirittura 71% a Ravenna). Si differenziano per **permanenze più elevate i detenuti degli Istituti di Parma** (da due anni e più, 35%) **seguiti da Castelfranco⁶⁴, Ferrara (25%) e Reggio Emilia (23%)⁶⁵.** All'interno di questa componente, si distinguono per il 14% a Parma ed il 5% a Ferrara delle quote di detenuti che permangono in carcere da più di 5 anni.

⁶⁴ Dato comprensivo dei detenuti non presenti in Istituto, ma ancora in carico (es. in permesso).

⁶⁵ La numerosa presenza di cartelle di detenuti in attesa di “possibile rientro” non ci permette di fare affermazioni altrettanto precise per l'Istituto di Bologna.

Fig. 39 - Cartelle aperte al 31.12.2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna per durata della permanenza

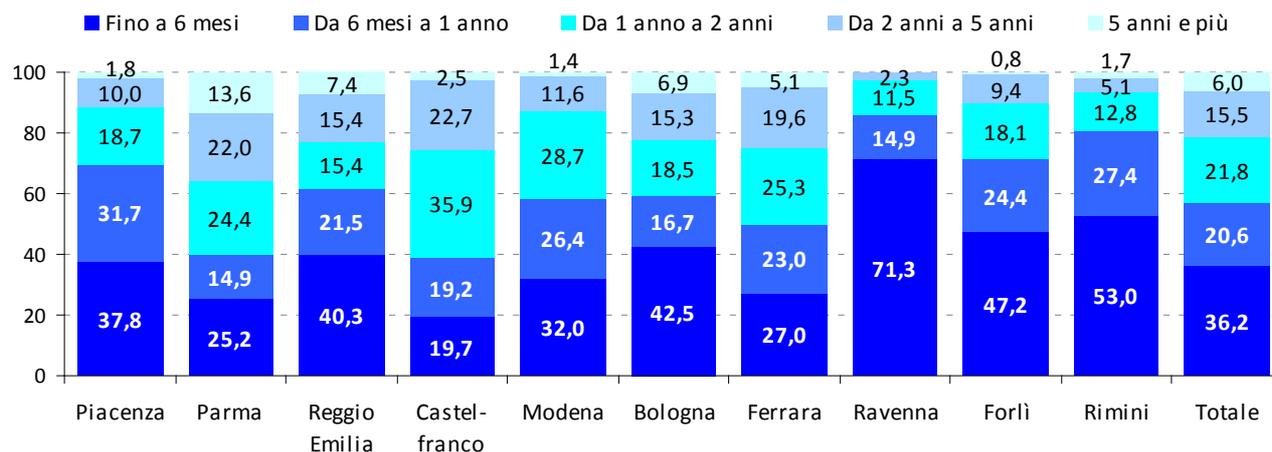
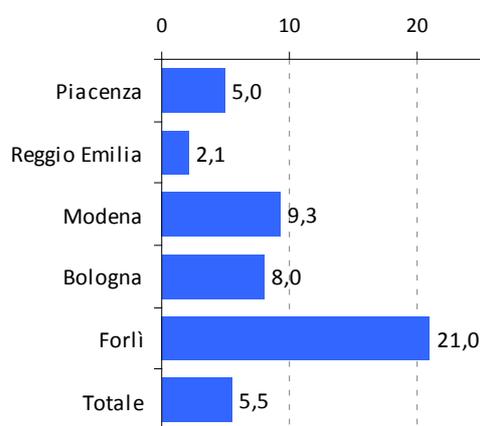


Fig.40 - % cartelle di detenute sul totale nell'anno 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna



Le donne costituiscono una quota minoritaria tra le persone detenute. Nel 2014 **le detenute sono state 505, pari al 5,5%** del totale dei detenuti transitati nell'anno.

Non tutti gli IIPP hanno sezioni femminili e, comunque, la quota di femmine sul totale degli utenti differisce notevolmente: tra quelli con incidenza superiore vi sono Forlì, con il 21% di femmine, Modena con il 9,3% e Bologna con l'8%.

In termini assoluti sono state in numero maggiore a Bologna (216), Modena (122) e Forlì (113).

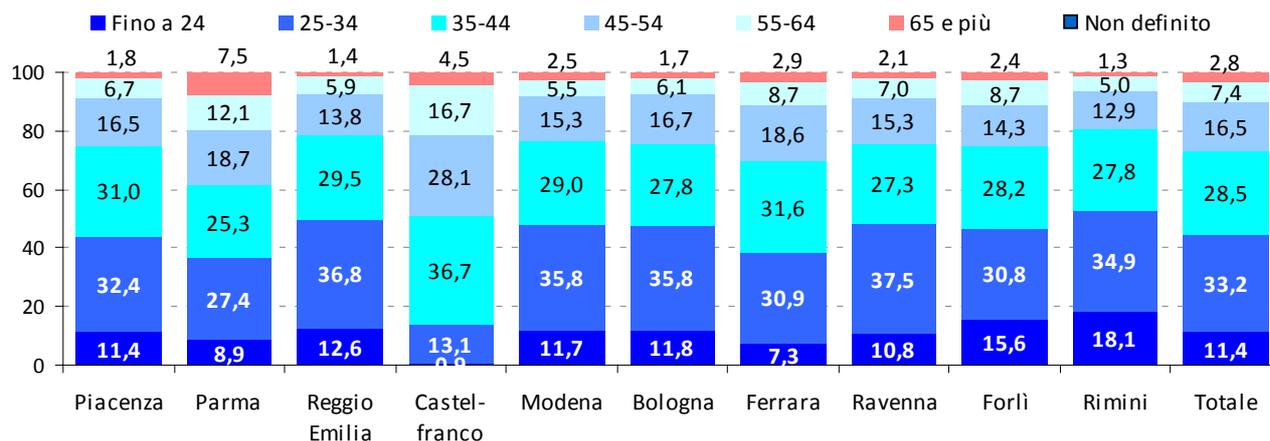
* Selezione degli II.PP. dove sono presenti sezioni femminili

L'età è un ulteriore elemento che influenza le condizioni sanitarie dei detenuti: **all'aumentare dell'età è possibile prevedere l'insorgenza di specifiche patologie** meno caratterizzanti le fasce giovanili. Ciò sempre considerando che le condizioni di salute delle persone che sono in carcere sono sicuramente più compromesse rispetto alla medesima popolazione libera.

Un primo elemento è che tra gli IIPP non vi sono differenze rilevanti nella **struttura per età della popolazione detenuta**, e riflette un andamento peculiare delle carcerazioni per età. I giovani fino a 24 anni di età sono l'11% del totale. La fascia di età che si presenta con **maggior frequenza è tra i 25 ed i 34 anni** (33%). Tale quota decresce poi progressivamente nelle fasce di età decennali successive, e non mancano detenuti nelle età più avanzate, con 65 anni e più (2,8%). Tra essi, rilevano anche persone che hanno 75 anni e più (0,5%; 47 unità delle quali 23 a Parma).

Gli IIPP con la popolazione più anziana in generale, al di sopra dei 65 anni, sono quelli di Parma (7,5%) e la Casa di lavoro di Castelfranco (4,5%). Se valutiamo tale aspetto comprendendo la fascia di popolazione di 55 anni e più, emergono ugualmente Parma (20%) e Castelfranco (21%), ma si registra una quota lievemente superiore al 10% anche a Ferrara e Forlì per questa fascia di popolazione detenuta.

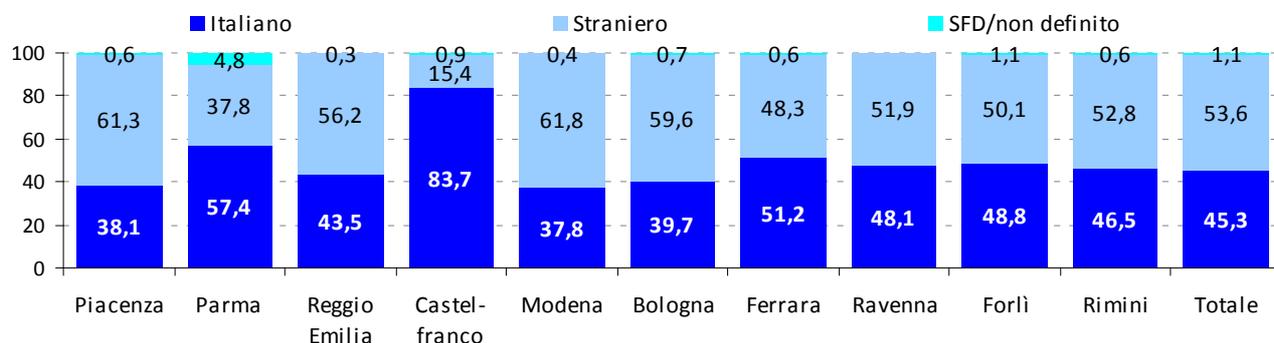
Fig.41 - Cartelle aperte per almeno un giorno nell'anno nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna per fascia di età



Da diversi anni nelle carceri italiane la percentuale di **detenuti di nazionalità non italiana si mantiene elevata**, con una pluralità di provenienze sia da Paesi europei che da Paesi extra europei. Questo aspetto ha un notevole impatto sulla salute, per motivi connessi con la conoscenza della lingua italiana, con fattori culturali, con la percezione della cura della propria salute, nella relazione con gli altri detenuti e numerosi altri elementi. Questi sono **fattori socio-culturali che incidono sui percorsi di cura delle persone**.

Nel 2014 la **maggioranza delle cartelle aperte appartenevano a persone di cittadinanza non italiana**, il **54%** del totale, con differenze tra IIPP a volte anche rilevanti. Le quote di stranieri più elevate, pari a circa il 60%, si riscontrano a Modena, Piacenza e Bologna. Anche in questo caso si discostano maggiormente, per le caratteristiche sopra citate gli IIPP di Castelfranco Emilia (15%) ed in misura minore, Parma (38%) e Ferrara (48%).

Fig.42 - Cartelle aperte per almeno un giorno nell'anno nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna per cittadinanza

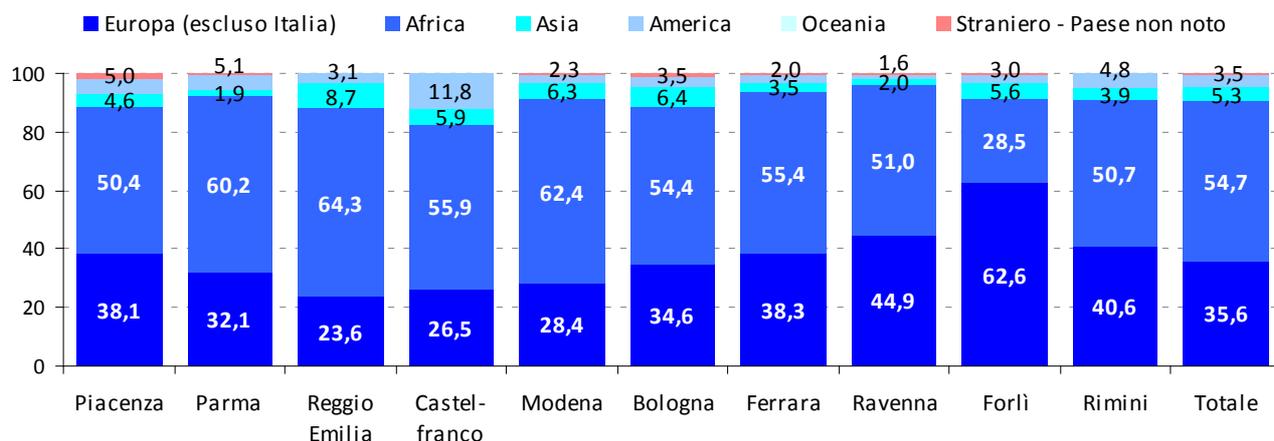


Ulteriormente fattori socio-culturali possono essere associabili al **paese di provenienza dei detenuti stranieri**. In generale, gli africani sono la comunità maggiormente presente (55% degli stranieri) seguiti dagli europei (36%) ed in minima parte da asiatici (5%) ed americani (3%).

Gli africani sono oltre il 60% degli stranieri negli Istituti di Reggio Emilia e Modena, e si collocano sopra la media regionale a Ferrara e Castelfranco Emilia. Gli europei non italiani incidono maggiormente negli Istituti della Romagna, a Ravenna, Forlì e Rimini, nei quali rappresentano oltre il 40% del totale degli stranieri. Gli asiatici sono almeno una quota del 5% degli stranieri a Reggio Emilia, Castelfranco

Emilia, Modena, Bologna e Forlì. Infine si sottolinea una componente rilevante di cittadini americani nel carcere di Castelfranco (12%) a fronte del 3% circa regionale.

Fig.43 - Cartelle aperte per almeno un giorno nell'anno nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna per continente di cittadinanza



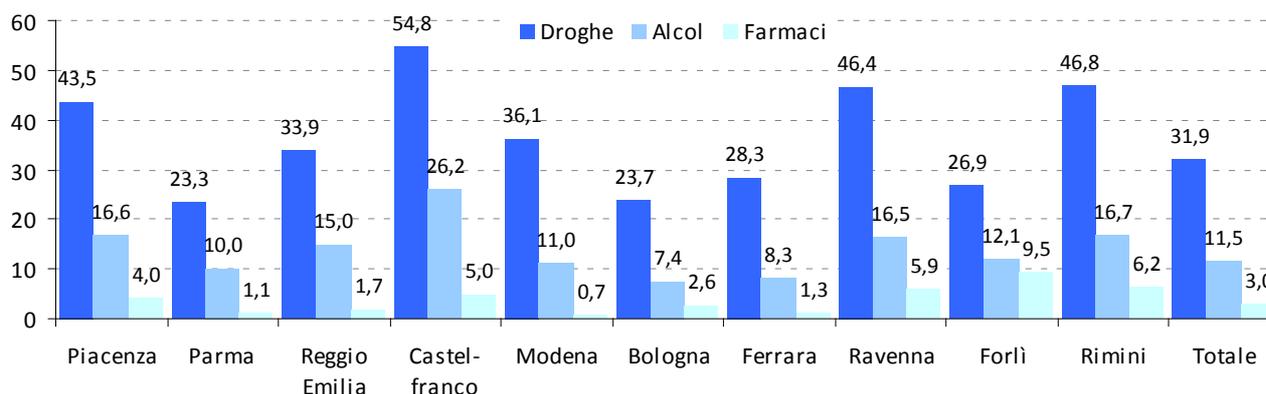
8.2 I fattori di rischio e la dichiarazioni di uso/abuso di sostanze

Quella detenuta è una popolazione concentrata nelle età adulte, ed è quindi caratterizzata da patologie legate agli stili di vita, tra le quali l'uso/abuso di sostanze psicotrope e le malattie infettive (in buona parte connesse con le prime). È comunque importante una prima analisi dei fattori di rischio che possono condurre a patologie che si possono sviluppare in seguito, quali ad esempio il fumo ed il peso.

Sulle cartelle del 2014, in 2.951 casi i detenuti hanno dichiarato un uso/abuso di droghe (pari al 32%), 1.061 (11%) uso/abuso di alcol e 274 (3%) uso/abuso di farmaci al momento dell'ingresso. La dichiarazione di uso di sostanze avvia un processo di verifica del livello di dipendenza da parte del personale sanitario, che non necessariamente si conclude con una diagnosi di dipendenza. In questo caso le dichiarazioni di abuso dei detenuti differiscono sostanzialmente tra le carceri della regione.

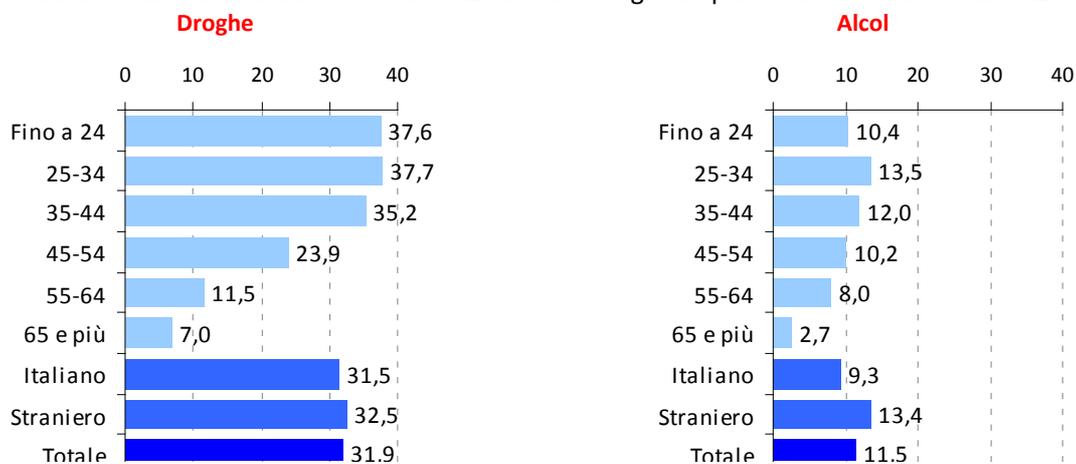
Per l'uso di droghe si va da un gruppo di Istituti comprendente Castelfranco Emilia, Piacenza, Ravenna e Rimini in cui l'uso/abuso è dichiarato da oltre il 43% dei detenuti, che associano anche indicatori più elevati per l'uso/abuso di farmaci. Per le droghe i valori minimi si registrano a Parma e Bologna, mentre la dichiarazione sui farmaci è molto contenuta a Modena, Parma e Ferrara. Infine, l'indicatore relativo al tema dell'uso/abuso di alcol è invece più omogeneo tra Istituti.

Fig.44 - % di detenuti con cartella aperta nel 2014 che si sono dichiarati assuntori di sostanze in fase di ingresso negli II.PP. dell'Emilia-Romagna per tipo di sostanza



La dichiarazione di uso/abuso di droghe è sostanzialmente omogenea fino ai 44 anni di età, pari a circa il 37%, e decresce gradualmente nelle classi successive. I valori più elevati per la dichiarazione di uso/abuso di alcol si registrano invece a partire dai 25 anni ai 44 anni, coinvolgendo in modo più contenuto i giovanissimi detenuti. È di interesse che la dichiarazione relativa alle droghe appartiene in proporzione analoga ad italiani e stranieri, mentre quella per l'alcol riguarda maggiormente la componente straniera.

Fig.45 - % di detenuti con cartella aperta nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna che si sono dichiarati assuntori di sostanze in fase di ingresso per classe di età e cittadinanza

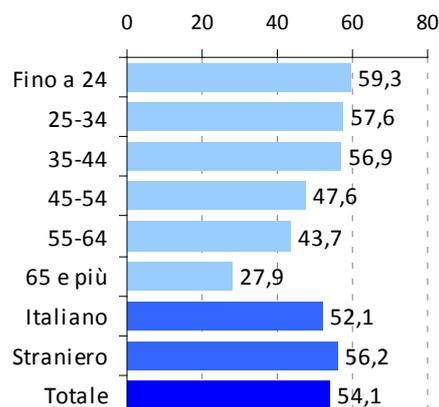


Un'altra caratteristica del detenuto rilevata al momento dell'ingresso in Istituto riguarda il fumo, per le forti implicazioni che questa abitudine ha sulla salute.

Una quota molto elevata, circa il 54% del totale, dei detenuti transitati per le carceri della Regione si è dichiarato fumatore. La percentuale di fumatori tra i detenuti è sicuramente superiore a quella dell'intera popolazione residente, che si attesta invece in Emilia-Romagna al 29%⁶⁶

Questa percentuale risulta in buona parte omogenea sul territorio, con valori più elevati a Modena, Forlì e Rimini dove oltre due terzi dei detenuti fuma.

Fig.46- % di detenuti con cartella aperta nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna che si sono dichiarati fumatori in fase di ingresso per classe di età e cittadinanza



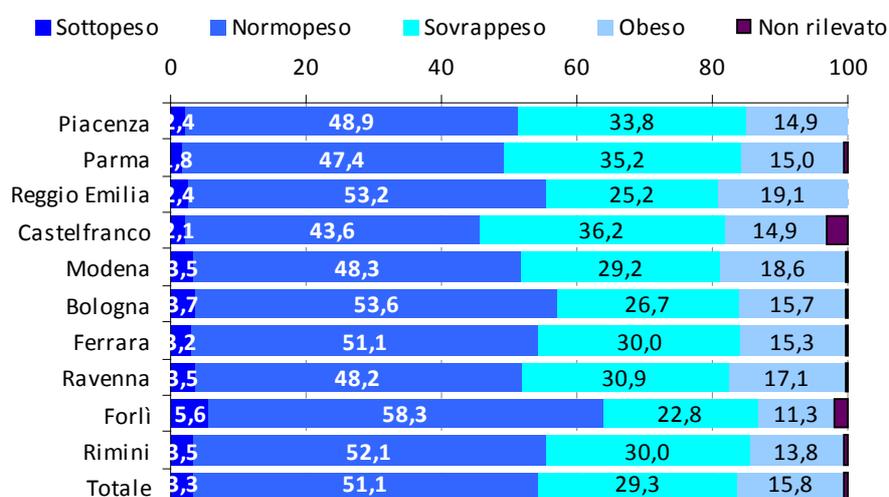
Tale caratteristica in particolare è propria dei detenuti fino ai 44 anni, con una quota di fumatori superiore al 56%. Essa si mantiene elevata fino ai 64 anni, per poi scendere drasticamente nei detenuti over 65. Come per la dichiarazione relativa alle droghe, la componente straniera non differisce sensibilmente da quella italiana rispetto a questa abitudine.

Analogamente, un fattore di rischio che è correlato ad una serie di patologie è quello del sovrappeso. Un primo indicatore disponibile sul **peso del detenuto** riguarda i soli nuovi accessi dell'anno 2014

⁶⁶ Nella popolazione emiliano-romagnola (classe di età 18-69; Fonte: studio PASSI, dato medio anni 2010-2013) la percentuale di fumatori è pari al 33% per i maschi, ed al 25% per le femmine. In totale, la quota di fumatori è del 29%. Regione Emilia-Romagna, "Il profilo di salute per il nuovo Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2014-2018".

(ultima misurazione disponibile nell'anno). La misurazione del peso, insieme a quella dell'altezza, permette di calcolare per ogni individuo l'indice di massa corporea ⁶⁷ e di definirlo secondo una classificazione tra sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obeso. Applicando l'algoritmo alla popolazione detenuta nuova giunta nel 2014 si ottiene una distribuzione – territorialmente abbastanza omogenea - che evidenzia una **quota di persone sovrappeso pari al 29% ed una di persone obese pari al 16%**.

Fig.47 - Composizione % dei detenuti nuovi entrati nel 2014 negli II.PP. dell'Emilia-Romagna per classi di indice di peso corporeo (BMI)



Tale distribuzione ci dimostra che la popolazione detenuta, almeno nella sua componente di nuovi ingressi, registra una **quota lievemente superiore alla media regionale di persone sovrappeso (32%) ed obeso (11%) rispetto alla popolazione emiliano-romagnola**⁶⁸.

8.3 Le patologie e i farmaci utilizzati nella popolazione detenuta

Fondamentale, per arrivare, nel tempo, ad una conoscenza approfondita delle patologie prevalenti in carcere è stata l'introduzione della cartella clinica informatizzata (SISP), negli Istituti penitenziari della Regione nel maggio 2013. La sua progressiva evoluzione legata:

- allo sviluppo e miglioramento del *software*,
- alla diffuse ma progressiva diffusione dell'uso dello strumento da parte degli operatori sanitari,
- alla formazione dei medici penitenziari sull'uso della codifica con ICD-10, strumento utile ad una omogenea rilevazione delle diagnosi delle patologie rilevate, in particolare per le croniche

è motivo di un forte investimento della Regione, necessario a poter definire con maggiore precisione il profilo di salute dei detenuti.

I primi dati parziali raccolti nel corso del 2014, certamente di carattere generale, sono rappresentati nelle tabelle successive. La prima tabella presenta l'andamento della popolazione detenuta, la

⁶⁷ BMI – Body mass index o Indice di massa corporea. Il BMI si calcola come rapporto tra il peso (espresso in kg) ed il quadrato dell'altezza (espressa in metri). Per gli adulti, secondo diversi intervalli dell'indicatore si può classificare l'individuo come: <18,5 sottopeso; 18,5 – 24,9 normopeso; 25 – 29,9 sovrappeso; >30 obeso.

⁶⁸ Nella popolazione emiliano-romagnola (classe di età 18-69; Fonte: studio PASSI, dato medio anni 2010-2013) la distribuzione per classi di peso è la seguente: normopeso e sottopeso 57%; sovrappeso 32%; obese 11%. Regione Emilia-Romagna, "Il profilo di salute per il nuovo Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2014-2018".

presenza media giornaliera e il numero di nuovi giunti dalla libertà ⁶⁹. Presenta anche il numero complessivo di cartelle cliniche aperte, che differisce dai dati ministeriali anche perché comprende i nuovi giunti provenienti da altri Istituti, fatto che al momento comporta che si apra una cartella per il detenuto in ogni istituto della regione dove arriva, e non solo quelli provenienti dalla libertà. Inoltre si può constatare la differenza fra Istituti nella registrazione delle diagnosi; l'intervallo della percentuale di detenuti con almeno una diagnosi varia infatti dal 74% al 19%.

Viene inoltre indicato il numero di diagnosi codificate nell'anno 2014, pari a 9.922.

Tab.58 - Detenuti presenti negli IIPP dell'Emilia-Romagna nel 2014
(presenza media tra il 30/2014 ed il 31/12/2014, nuovi giunti dalla libertà;
fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria), cartelle aperte in SISP nel 2014,
cartelle con almeno una diagnosi, numero totale di diagnosi codificate (fonte: SISP)

Istituti penitenziari	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Castel-franco E.	Modena	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini	Totale
Valori assoluti											
NUMERO MEDIO DETENUTI NEL 2014	334	551	160	97	388	708	306	79	120	107	2.849
NUOVI GIUNTI DALLA LIBERTÀ	194	229	237	18	475	1008	150	303	276	364	3.254
N° cartelle aperte SISP	848	1243	573	221	1.313	2697	715	472	539	634	9.255
Det. con almeno una diagnosi	629	681	214	99	254	662	223	213	317	252	3.544
Numero diagnosi nel 2014	2.163	3.676	382	329	375	1094	439	302	814	348	9.922
Composizione %											
NUMERO MEDIO DETENUTI NEL 2014	11,7	19,3	5,6	3,4	13,6	24,9	10,7	2,8	4,2	3,8	100
NUOVI GIUNTI DALLA LIBERTÀ	6,0	7,0	7,3	0,6	14,6	31,0	4,6	9,3	8,5	11,2	100
N° cartelle aperte SISP	9,2	13,4	6,2	2,4	14,2	29,1	7,7	5,1	5,8	6,9	100
% det. con almeno una diagnosi	74,2	54,8	37,3	44,8	19,3	24,5	31,2	45,1	58,8	39,7	38,3
% diagnosi sul totale diagnosi nel 2014	21,8	37,0	3,9	3,3	3,8	11,0	4,4	3,0	8,2	3,5	100

Nella tabella seguente vengono riportate tutte le diagnosi raccolte e aggregate secondo i capitoli di diagnosi di ICD 10 e elencate in ordine decrescente rispetto alle percentuali raggiunte. Si vede come le diagnosi più numerose riguardino il capitolo relativo ai disturbi psichici e comportamentali. Il dato aggregato comprende anche l'abuso di sostanze; nel 2014, nel capitolo c'è una sottostima, non sono state codificati in modo completo i gruppi che lo compongono.

⁶⁹ Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – ufficio statistiche.

Tab.59 - Cartelle aperte in SISP nel 2014 e cartelle con almeno una diagnosi per capitolo ogni 100 cartelle aperte

ISTITUTI PENITENZIARI	Piacenza		Parma		Reggio Emilia		Castelfranco Emilia		Modena		Bologna		Ferrara		Ravenna		Forlì		Rimini		Totale	
N° cartelle aperte su SISP	848		1.243		573		221		1.313		2.697		715		472		539		634		9.255	
	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot
V - Disturbi psichici e comportamentali	319	37,6	227	18,3	55	9,6	57	25,8	103	7,8	351	13,0	98	13,7	172	36,4	57	10,6	205	32,3	1.644	17,8
XI - Malattie dell'apparato digerente	287	33,8	422	34,0	61	10,6	42	19,0	23	1,8	100	3,7	33	4,6	11	2,3	106	19,7	13	2,1	1.098	11,9
IX - Malattie del sistema circolatorio	92	10,8	238	19,1	43	7,5	16	7,2	37	2,8	111	4,1	36	5,0	24	5,1	40	7,4	5	0,8	642	6,9
IV - Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	115	13,6	221	17,8	34	5,9	13	5,9	30	2,3	92	3,4	30	4,2	21	4,4	43	8,0	4	0,6	603	6,5
I - Alcune malattie infettive e parassitarie	106	12,5	100	8,0	57	9,9	28	12,7	81	6,2	74	2,7	52	7,3	25	5,3	56	10,4	13	2,1	592	6,4
XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	100	11,8	195	15,7	18	3,1	25	11,3	20	1,5	51	1,9	21	2,9	2	0,4	48	8,9	6	0,9	486	5,3
X - Malattie del sistema respiratorio	93	11,0	140	11,3	17	3,0	15	6,8	6	0,5	58	2,2	19	2,7	9	1,9	51	9,5	3	0,5	411	4,4
XIV - Malattie dell'apparato genitourinario	33	3,9	113	9,1	11	1,9	6	2,7	7	0,5	29	1,1	14	2,0	6	1,3	25	4,6	0	0,0	244	2,6
XII - Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	45	5,3	58	4,7	12	2,1	7	3,2	7	0,5	19	0,7	13	1,8	0	0,0	32	5,9	32	5,0	225	2,4
XXI - Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	143	16,9	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	4	0,6	0	0,0	73	13,5	0	0,0	225	2,4
VI - Malattie del sistema nervoso	65	7,7	81	6,5	5	0,9	4	1,8	4	0,3	23	0,9	8	1,1	2	0,4	14	2,6			206	2,2
VII - Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	40	4,7	52	4,2	2	0,3	29	13,1	6	0,5	19	0,7	3	0,4	0	0,0	9	1,7	2	0,3	162	1,8
XIX - Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne	53	6,3	34	2,7	8	1,4	6	2,7	3	0,2	8	0,3	3	0,4	2	0,4	26	4,8	0	0,0	143	1,5
VIII - Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	28	3,3	37	3,0	3	0,5	6	2,7	1	0,1	3	0,1	5	0,7	0	0,0	11	2,0	0	0,0	94	1,0
II - Tumori	25	2,9	33	2,7	1	0,2	0	0,0	0	0,0	10	0,4	4	0,6	3	0,6	6	1,1	2	0,3	84	0,9
III - Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	17	2,0	27	2,2	1	0,2	3	1,4	1	0,1	17	0,6	1	0,1	1	0,2	9	1,7	3	0,5	80	0,9
XVIII - Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	13	1,5	5	0,4	0	0,0	1	0,5	1	0,1	2	0,1	5	0,7	0	0,0	3	0,6	1	0,2	31	0,3
XX - Cause esterne di morbosità e mortalità	3	0,4	7	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,1	0	0,0	4	0,7	0	0,0	17	0,2
XVII - Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	4	0,5	0	0,0	3	0,5	1	0,5	0	0,0	2	0,1	2	0,3	0	0,0	2	0,4	0	0,0	14	0,2
XV - Gravidanza, parto e puerperio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,0

Inoltre si può constatare che in ordine decrescente le patologie più diagnosticate appartengono al capitolo delle malattie dell'apparato digerente (11,9% delle cartelle aperte nel 2014 con almeno una diagnosi per capitolo), poi quelle dell'apparato circolatorio (6,9%), quelle del metabolismo (6,5%), quelle infettive (6,4%), quelle osteomuscolari (5,3%) e quelle respiratorie (4,4%).

Questi dati sono solo indicativi di un percorso iniziale verso una assidua progressiva attività di codifica con ICD-10 che vogliamo comunque già porre a confronto con quanto presentato recentemente dalla Regione Toscana nello studio multicentrico con altre quattro regioni, cui abbiamo già fatto riferimento, pur trattandosi di una codifica ICD9-CM.

La differenza maggiore è determinata dal fatto che nello studio citato, e nella tabella successiva, tra le diagnosi relative ai disturbi psichici sono comprese le diagnosi di tossicodipendenza, che nella nostra codifica risente del fatto che i Ser.T, come altri servizi specialistici, ancora non utilizzano pienamente la codifica su SISP preferendo utilizzare solo il proprio sistema informativo SistER.

Si può, comunque, già notare una buona corrispondenza con le patologie circolatorie, metaboliche, respiratorie, osteoarticolari.

Tab.60 - Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisa per grande gruppo di patologia ICD-9-CM - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie	N	% sul totale dei detenuti visitati
Disturbi psichici	6.504	41,3
Malattie dell'apparato digerente	2.286	14,5
Malattie infettive e parassitarie	1.812	11,5
Malattie del sistema circolatorio	1.788	11,4
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	1.348	8,6
Malattie dell'apparato respiratorio	854	5,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	791	5,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,1
Malattie del sistema nervoso	626	4,0
Malattie dell'apparato genitourinario	452	2,9
Traumatismi e avvelenamenti	344	2,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	282	1,8
Tumori	135	0,9
Malformazioni congenite	103	0,7
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	81	0,5
Condizioni morbose di origine perinatale	7	0,0
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	4	0,0

Fonte: "La salute dei detenuti in Italia. Risultati di uno studio multicentrico", Ars toscana, aprile 2015

Inoltre si possono confrontare questi dati con quelli riportati in una analisi del 2006⁷⁰.

Indice di Stato di Salute		
Stati Patologici		
Raccolta dati - Aprile 2004 - Dicembre 2005 - Schede n° 117217		
Aggregati per apparati e funzioni - Ordinate per frequenza	n° affetti	* (a)
Y) stato di tossicodipendenza	25.250	21,54
W) Deficit della masticazione	17.982	15,34
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	15.900	13,56
M) Malattie epato-biliari	12.793	10,91
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	11.572	9,87
P) Malattie gastrointestinali	10.670	9,1
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	7.787	6,64
S1) Malattie mentali (ad eccezione della depressione)	7.127	6,08
I) Malattie respiratorie	6.494	5,54
E) Iperensione arteriosa	5.204	4,44
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Ori e/o Oculistica)	4.693	4
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	4.464	3,8
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	3.566	3,04
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	3.182	2,71
Q) Malnutrizione	2.722	2,32
H) Diabete mellito	2.586	2,2
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC di Atlanta)	2.435	2,07
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	2.264	1,9
B) Cardiopatia ischemica ed aritmie secondarie	1.881	1,6
G) Vasculopatie periferiche	1.804	1,53
H1) Malattie endocrine	1.440	1,22
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, carditi, aritmie secondarie	1.266	1,08
C) Aritmie primitive, in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	984	0,83
T) Deterioramento mentale	898	0,76
L) Neoplasie maligne	483	0,41
F) Accidenti vascolari cerebrali	467	0,39
J) Malattie Ginecologiche	422	0,36
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache	246	0,21
K) Malattie neonatali	35	0,03

* (a) Tasso per 100

tab. 1

Fonte: "Il divenire della medicina penitenziaria", Ristretti Orizzonti, 2006

Il confronto consente di affermare che le distribuzioni presentate sono da considerare molto vicine anche se ad anni di distanza.

Relativamente ai dati che presentiamo una interessante osservazione si può ottenere, rispetto ad un'analisi elaborata su gruppi di patologie, attraverso le informazioni raccolte in tre Istituti campione. L'obiettivo, definito per l'anno 2014, era quello di **promuovere la codifica per le patologie croniche in generale** e, nelle sedi riportate, ha dato i risultati migliori: ad esempio a Piacenza si è registrata almeno una diagnosi nel 74,2% delle cartelle, a Parma nel 54,8% e a Forlì nel 58,8%.

Differenti prevalenze nei vari capitoli sono state riscontrate perché questi tre Istituti configurano altrettanti diversi livelli di organizzazione sanitaria penitenziaria offerti nella nostra Regione⁷¹:

⁷⁰ "Il divenire della medicina penitenziaria", V. De Donatis, O. Sagulo, Ristretti Orizzonti, 2006.

⁷¹ Accordo Conferenza Unificata gennaio 2015 - Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2015.

- Il **servizio di base**, di cui è espressione la Casa Circondariale di Forlì, in cui il servizio medico ed infermieristico non copre le 24 ore, ed assiste una popolazione mediamente più giovane e con patologie che non necessitano di elevata intensità assistenziale;
- Il **servizio multidisciplinare con presenza di medici e infermieri H24**, esempio la Casa Circondariale di Piacenza, con una sezione specializzata, il reparto di osservazione psichiatrica, R.O.P. e una assistenza psichiatrica accessibile quotidianamente, che ne fa una sede di riferimento regionale quando sono necessari trasferimenti di persone detenute da altre sedi meno dotate.
- Il **servizio di più elevata capacità assistenziale** (S.A.I. istituto con sezioni specializzate/dedicate per assistenza intensiva, definito storicamente come Centro Diagnostico Terapeutico - C.D.T.), che ospita i detenuti con maggiori necessità assistenziali, rappresentato dagli IIPP di Parma.
- Per tale funzione costituisce riferimento:
 - nazionale per l'Amministrazione Penitenziaria, per detenuti disabili e/o classificati A.S. (alta sicurezza);
 - regionale, per la rete assistenziale penitenziaria, in caso di particolari necessità non gestibili in maniera idonea negli altri Istituti della Regione, in particolare per quanto riguarda le disabilità e la fisiokinesiterapia.

Per le funzioni elencate Parma è un Istituto di alta complessità assistenziale, dovendo rispondere alle esigenze sanitarie di un elevato numero di detenuti definitivi, inviati dall'Amministrazione Penitenziaria provenienti da tutta Italia, spesso portatori di cronicità di alto peso assistenziale.

Nei tre Istituti, come si può riscontrare nella precedente tabella relativa alla distribuzione delle patologie per capitolo ICD 10, il maggior numero di cartelle con almeno una diagnosi riguarda quello dell'apparato digerente con una quota del 34,0% delle cartelle con diagnosi rilevate a Parma, del 33,8% a Piacenza, del 19,7% a Forlì.

Occorre precisare che gli Istituti Penali di Parma costituiscono l'unico Istituto della Regione che può offrire la specialistica gastroenterologica all'interno delle mura detentive e che le diagnosi appartenenti a questo capitolo comprendono anche le patologie odontoiatriche, notoriamente diffuse nella popolazione detenuta, ma probabilmente codificate in percentuale relativamente bassa rispetto alla realtà, non essendo ancora condivisa la formazione con gli specialisti nell'uso della codifica ICD 10. È noto come una quota molto rilevante dei detenuti lamenti problemi odontoiatrici, punto sul quale è necessario sviluppare un approccio di prevenzione anche da parte del Servizio sanitario penitenziario. Nella tabella successiva si può riscontrare come il 23,6% delle cartelle che riportano diagnosi distribuite per gruppo, riguardi le patologie della cavità orale.

Tab.61 - Cartelle aperte in SISP nel 2014 cartelle con almeno una diagnosi per alcuni gruppi di diagnosi e % cartelle aperte con almeno una diagnosi per gruppo sul totale delle cartelle per alcuni Istituti dell'Emilia-Romagna

Istituti Penitenziari	Piacenza		Parma		Forlì		Totale tre Istituti	
Cartelle con almeno una diagnosi rilevata nel 2014 per gruppo	n° e % per istituto di cartelle SISP aperte nel 2014							
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
	848	32,2	1.243	47,3	539	20,5	2.630	100
(K00-K14) Malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e dei mascellari	221	26,1	325	26,1	74	13,7	620	23,6
(F10-F19) Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive	212	25,0	142	11,4	14	2,6	368	14,0
(I10-I15) Malattie ipertensive	57	6,7	153	12,3	26	4,8	236	9,0
(E70-E90) Disturbi metabolici	65	7,7	137	11,0	15	2,8	217	8,3
(B15-B19) Epatite virale	58	6,8	81	6,5	31	5,7	170	6,5
(M50-M54) Altre dorsopatie	40	4,7	107	8,6	11	2,0	158	6,0
(K20-K31) Malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno	71	8,4	66	5,3	19	3,5	156	5,9
(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	68	8,0	41	3,3	23	4,3	132	5,0
(J40-J47) Malattie croniche delle basse vie respiratorie	28	3,3	88	7,1	11	2,0	127	4,8
(E10-E14) Diabete mellito	30	3,5	71	5,7	19	3,5	120	4,6
(G40-G47) Disturbi episodici e parossistici	55	6,5	47	3,8	9	1,7	111	4,2
(M15-M19) Artrosi	15	1,8	85	6,8	1	0,2	101	3,8
(N40-N51) Malattie dell'apparato genitale maschile	7	0,8	83	6,7	11	2,0	101	3,8
(I80-I89) Malattie delle vene, dei vasi linfatici e dei linfonodi non classificate altrove	29	3,4	64	5,1	6	1,1	99	3,8
(I20-I25) Cardiopatie ischemiche	13	1,5	70	5,6	3	0,6	86	3,3
(K70-K77) Malattie del fegato	13	1,5	60	4,8	12	2,2	85	3,2
(K55-K63) Altre malattie dell'intestino	12	1,4	64	5,1	5	0,9	81	3,1
(E65-E68) Obesità ed altre forme di iperalimentazione	29	3,4	43	3,5	8	1,5	80	3,0
(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	53	6,3	23	1,9	3	0,6	79	3,0
(I30-I52) Altre forme di cardiopatia	4	0,5	68	5,5	6	1,1	78	3,0
(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)	36	4,2	16	1,3	12	2,2	64	2,4
(I70-I79) Malattie delle arterie, delle arteriole e dei capillari	8	0,9	49	3,9	4	0,7	61	2,3
(M20-M25) Altri disturbi articolari	24	2,8	23	1,9	7	1,3	54	2,1
(I60-I69) Malattie cerebrovascolari	9	1,1	29	2,3	0	0,0	38	1,4
(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	22	2,6	12	1,0	3	0,6	37	1,4
(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici	17	2,0	7	0,6	4	0,7	28	1,1

Dalla stessa tabella possiamo ricavare un primo dato che conferma che nell'Istituto di Forlì sono stati ristretti detenuti in buone condizioni di salute, con una età media inferiore agli altri due Istituti. I dati di Forlì mostrano infatti, in generale, prevalenze inferiori a quelle degli altri due Istituti.

La criticità riconosciuta nell'incompleta diffusione dell'uso di SISP nell'attività specialistica, SerT in particolare, determina una minore prevalenza percentuale del capitolo dei **disturbi psichici e comportamentali** rispetto alle attese derivate anche dal riscontro con lo studio multicentrico della Regione Toscana, cui già fatto riferimento, in cui le patologie psichiatriche riguardano il 40% dei detenuti, che diviene il 20% escludendo la tossicodipendenza.

Proporzionalmente al numero di cartelle aperte nell'anno 2014, il numero maggiore di diagnosi sul capitolo delle patologie psichiche e comportamentali riguarda Piacenza, a conferma della vocazione pianificata ad essere di riferimento regionale per l'assistenza a patologie psichiche ospitando, inoltre, anche il R.O.P. (Reparto di Osservazione Psichiatrica). In questa sede le patologie psichiatriche nel complesso sono state diagnosticate nel 25.0% delle cartelle, a Parma del 11,4% e a Forlì del 2,6%.

I **disturbi psichici da dipendenza di sostanze** sono stati diagnosticati nel 14% delle cartelle nei tre istituti.

I **disturbi somatoformi** riguardano il 5% delle cartelle, insieme a quelli della **sfera umorale e affettiva** (2,4%). È probabile che spesso in una persona detenuta possano essere state diagnosticate più patologie appartenenti allo stesso capitolo.

Il gruppo di patologie riferite all'**ipertensione arteriosa** è stato riscontrato nel 9% delle cartelle. Le **cardiopatie ischemiche** riguardano oltre il 3% delle cartelle, cui si aggiungono altre patologie del cuore, tra cui valvulopatie ed aritmie (3%) e malattie delle arterie (2,3%).

È evidente come particolarmente importante sia la situazione rispetto ad una condizione di rischio, l'ipertensione arteriosa che, in presenza dei noti già elencati fattori di rischio (fumo, eccesso ponderale, sedentarietà) più lo stress da detenzione, assume un ruolo favorente le complicanze delle patologie cardiovascolari, del diabete mellito, delle malattie metaboliche. A tale proposito Il **diabete mellito** si è riscontrato per il 4,6% delle cartelle, in un rapporto di 1 a 3 fra insulinodipendente e non insulinodipendente. **Altre patologie metaboliche** fra cui le iperlipidemie ed ipercolesterolemie si riscontrano in un ulteriore 8% delle cartelle.

L'intervento proponibile per i servizi sanitari penitenziari, come per le patologie respiratorie, in tal caso, si riassume:

- in azioni di prevenzione attraverso la correzione degli stili di vita, molto complessa da realizzare nella condizione detentiva;
- nell'introduzione e il controllo della terapia farmacologica specifica.

Indubbiamente la condizione detentiva complica non poco l'obiettivo di favorire il raggiungimento dell'*empowerment* nell'assistito detenuto.

Le patologie dell'**apparato digerente del tratto superiore** riguardano il 6% delle cartelle. Sempre in merito alle patologie inerenti il tubo digerente, si riscontrano inoltre altre **patologie dell'intestino e del fegato**, che raggiungono oltre il 3%.

Le **epatiti virali**, tra le quali oltre il 90% è la C, sono riscontrate nel 6,5% delle cartelle.

Le **patologie respiratorie croniche** riguardano quasi il 5% delle cartelle con diagnosi, e si registrano soprattutto a Parma, come del resto le patologie a carico dell'apparato urogenitale maschile.

L'**artrosi** si riscontra in quasi il 4%, mentre il gruppo delle **altre dorsopatie** è registrato nel 6% delle cartelle, a testimonianza della prevalenza attesa di tali diagnosi presso l'Istituto di Parma in considerazione della destinazione d'uso già rappresentata.

Per un'ulteriore valutazione, in riferimento ai tre Istituti presi in considerazione è interessante vedere come si distribuiscono le principali patologie croniche in base alle classi di età.

A Forlì e a Piacenza prevalgono le patologie dell'apparato digerente, della sfera psichica, le epatiti virali nelle classi di età fino a 44 anni, ipertensione e diabete mellito oltre i 45. In tali Istituti, vi sono infatti detenuti mediamente più giovani.

A Parma si registrano sopra i 45 anni numerosità significative di ipertensione arteriosa e altre patologie di cuore e circolo, le patologie croniche del respiratorio, le epatiti virali. Le patologie dell'apparato digerente si distribuiscono in modo uniforme nelle varie classi di età.

La malattia da HIV è simile per frequenza nei tre Istituti.

Tab.62 - Cartelle aperte in SISP nel 2014 cartelle con almeno una diagnosi per alcuni gruppi di diagnosi e classi di età per alcuni Istituti dell'Emilia-Romagna

	Epatite virale	Virus immuno-deficenza umana (HIV)	Diabete mellito	Malattie ipertensive	Cardiopatie ischemiche	Disturbi psichici comportamentali da uso di sostanze	Disturbi dell'umore (affettivi)	Disturbi della personalità e del comportamento	Malattie croniche delle basse vie respir.	Malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno
PIACENZA										
Fino a 24	6					30	4	7	1	
25-34	12	2	2	2		67	6	23	4	20
35-44	25	5	4	10	2	77	15	18	7	26
45-54	14	4	12	21	2	27	9	5	5	17
55-64	1	1	9	19	5	8	1		7	7
65 e più			3	5	4	2	1		4	1
Non def.						1				
Totale	58	12	30	57	13	212	36	53	28	71
PARMA										
Fino a 24						15		2		
25-34	11	3	2	3	1	46	2	4	4	12
35-44	19	4	7	13	4	50	3	9	8	13
45-54	32	2	18	29	16	25	4	5	16	13
55-64	16		23	60	23	5	7	2	31	13
65 e più	3		21	48	26	1		1	29	15
Totale	81	9	71	153	70	142	16	23	88	66
FORLI'										
Fino a 24	3					2			1	1
25-34	2	2	1	2		5	1	2	1	7
35-44	17	1	1	1		5	3	1	4	7
45-54	8	5	6	5	2	2	6		1	3
55-64	1	3	10	11			2		2	1
65 e più			1	7	1				2	
Totale	31	11	19	26	3	14	12	3	11	19

Alcune aggregazioni significative di dati

In generale malgrado i limiti attuali di registrazione su SISP delle codifiche con ICD 10 nei vari istituti, possiamo comunque aggregare, in merito ad alcune patologie croniche, informazioni in riferimento a tutti gli istituti della Regione, per quanto riguarda le distribuzioni per sesso, nazionalità e classi di età.

Tab.63 - Composizione % dei detenuti negli IIPP dell'Emilia-Romagna nel 2014
con alcune malattie croniche per sesso

	Epatite virale	Virus immuno-deficenza umana (HIV)	Diabete mellito	Malattie ipertensive	Cardiopatie ischemiche	Disturbi psichici comportamentali da uso di sostanze	Disturbi dell'umore (affettivi)	Disturbi della personalità e del comportamento	Malattie croniche delle basse vie respir.	Malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno
Maschile	96,0	85,2	95,0	95,2	95,9	97,3	90,8	94,7	94,8	95,2
Femminile	4,0	14,8	4,5	4,5	4,1	2,5	8,5	5,3	4,3	4,8
Non def.			0,4	0,2		0,2	0,7		0,9	
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

La percentuale di donne malate di HIV e di disturbi dell'umore è maggiore rispetto a quella delle altre patologie esaminate.

Per quanto riguarda le classi di età, l'HIV è concentrato maggiormente nella classe di età tra i 45 e 54 anni, mentre per l'epatite C risulta quella fra i 35 e 44 la classe con più detenuti; per le malattie circolatorie la prevalenza è maggiore fra i detenuti di classe di età oltre 45 anni, come del resto per il diabete mellito e per le patologie delle basse vie respiratorie, mentre i disturbi di personalità sono stati rilevati in maggiore percentuale fra i detenuti fra i 25 e i 44 anni.

In definitiva sotto i 35 anni prevalgono patologie legate alla dipendenza o malattie infettive o psichiche oltre i 45 le circolatorie, metaboliche, respiratorie.

Le patologie del digerente si distribuiscono nelle varie classi di età un picco in quella compresa fra 35 e 44 anni.

Queste distribuzioni consentono di ipotizzare un diverso peso assistenziale nei vari istituti classificati secondo l'accordo della Conferenza Unificata già citato.

Tab.64 - Composizione % dei detenuti negli IIPP dell'Emilia-Romagna nel 2014
con alcune malattie croniche per classe di età

	Epatite virale	Virus immuno-deficenza umana (HIV)	Diabete mellito	Malattie ipertensive	Cardiopatie ischemiche	Disturbi psichici comportamentali da uso di sostanze	Disturbi dell'umore (affettivi)	Disturbi della personalità e del comportamento	Malattie croniche delle basse vie respir.	Malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno
Fino a 24	5,1	1,2	0,0	0,2	0,0	11,0	7,8	11,5	1,9	1,2
25-34	18,4	17,3	4,1	4,5	0,8	36,3	12,8	35,1	14,2	23,1
35-44	38,5	27,2	14,9	12,4	7,4	33,3	31,2	38,2	15,6	36,7
45-54	29,1	43,2	31,8	28,3	30,3	15,7	26,2	10,7	22,7	19,1
55-64	7,7	9,9	30,6	34,5	31,1	2,9	14,9	3,8	26,1	12,7
65 e più	1,2	1,2	18,6	20,0	30,3	0,7	7,1	0,8	19,4	7,2
non def.						0,2				
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Rispetto alla nazionalità, la percentuale di patologie psichiche legate ad abuso o disturbi di personalità degli stranieri è pari al 45% delle cartelle con tale patologia.

Si registrano percentuali di diagnosi più elevate negli italiani rispetto ad ipertensione, cardiopatie ischemiche, malattie respiratorie, depressione, diabete, epatiti e malattie da HIV. Relativamente alle patologie dell'apparato digerente, le distribuzioni hanno differenze minori (57,4% negli italiani e 41% negli stranieri).

Tab.65 - Composizione % dei detenuti negli IIPP dell'Emilia-Romagna nel 2014 con alcune malattie croniche per cittadinanza

	Epatite virale	Virus immuno-deficienza umana (HIV)	Diabete mellito	Malattie ipertensive	Cardiopatie ischemiche	Disturbi psichici comportamentali da uso di sostanze	Disturbi dell'umore (affettivi)	Disturbi della personalità e del comportamento	Malattie croniche delle basse vie respir.	Malattie dell'esofago, dello stomaco e del duodeno
Italiano	67,8	75,3	75,2	82,6	93,4	49,7	68,8	52,7	75,8	57,4
Straniero	31,0	24,7	22,7	14,3	4,9	49,8	31,2	45,8	21,8	41,0
SFD/non def.	1,2		2,1	3,1	1,6	0,6		1,5	2,4	1,6
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Le terapie

Una conferma delle informazioni ottenute dal rilievo delle diagnosi contenute nelle cartelle cliniche in SISP si può ricavare dai dati presentati recentemente dal servizio farmaceutico regionale⁷².

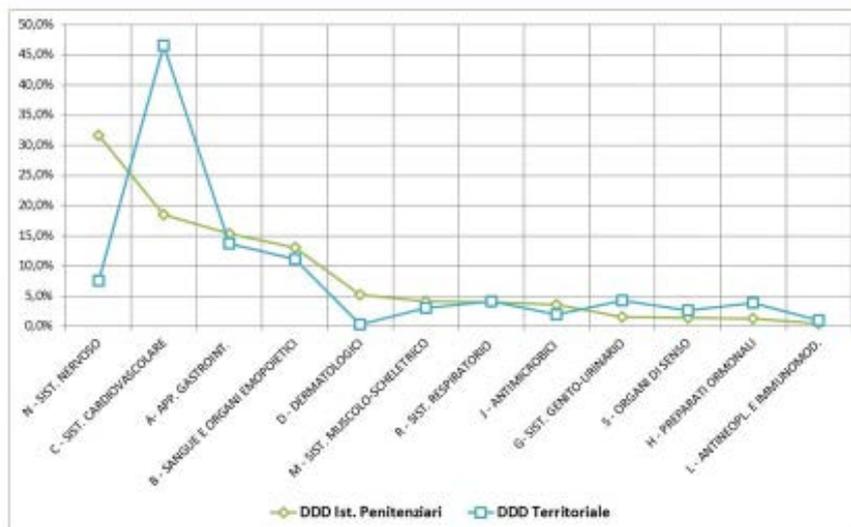
In senso generale il grafico successivo mostra il consumo espresso per DDD dei farmaci negli Istituti penitenziari della regione.

È evidente come gli psicofarmaci ne rappresentino la quantità maggiore con una notevole differenza rispetto a quante dosi si consumano nel territorio regionale da parte dei cittadini liberi. È questa una conferma del rischio legato alla condizione di detenzione, al disagio che ne deriva, verso cui i servizi debbono concentrare la loro attenzione in stretta collaborazione con le Direzioni penitenziarie.

L'Amministrazione Penitenziaria ha recentemente avviato programmi di sorveglianza dinamica nelle sezioni, per cui le persone detenute restano per meno ore chiuse in cella, questo è un elemento positivo che potrebbe aiutare nel ridurre il consumo di psicofarmaci supportato da tutti quegli interventi che possano favorire attraverso attività lavorative o di stimolo culturale o ricreativo una progettualità nelle persone detenute. La riduzione del ricorso agli psicofarmaci rappresenterebbe un ottimo indicatore di risultato delle strategie adottate per migliorare la vivibilità della detenzione.

⁷² Seminario "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna", Ester Sapigni e Maria Trapanese, Regione Emilia-Romagna, Maggio 2014.

Consumo farmaci (% DDD) ATC I livello negli Istituti penitenziari e sul territorio della RER anno 2014



Fonte: Flusso AFO e AFT 2014

Rispetto ai consumi nel territorio le DDD per gruppi terapeutici somministrate nelle carceri sono quasi sempre superiori tranne che per l'apparato cardiovascolare. Si comprende intuitivamente come in questo caso le classi di età più alte nel territorio, dai 70 anni in su, determini questo andamento.

Questa stessa affermazione va considerata anche per consumi che sono simili rispetto agli altri ATC tra cittadini detenuti e liberi. Questa sostanziale uguaglianza dimostra come la popolazione detenuta, più giovane per età sia più malata.

Relativamente ai costi complessivi delle terapie distribuite dai servizi aziendali il grafico sottostante dimostra i costi complessivi per i vari gruppi terapeutici, € 936.000.

Consumo farmaci (n. tot DDD) ATC I livello negli Istituti penitenziari della RER - anno 2014



Fonte: Flusso AFO 2014

Nelle tabelle successive sono riportati i 10 principi attivi più somministrati e fra questi è singolare come compaia al primo posto, determinando una errata classifica, la cianocobalamina, probabilmente in virtù della sua attività positiva, almeno come supporto psicologico, nelle astenie. In realtà al primo posto sono le benzodiazepine, sommando i consumi relativi ai tre principi attivi diazepam, lorazepam, triazolam. Al terzo posto nei consumi compaiono gli inibitori della pompa protonica, lansoprazolo in larga prevalenza e pantoprazolo, con oltre 200.000 DDD e per una quota sempre maggiore delle 200.000 DDD giornaliere gli antiipertensivi, ramipril per i 2/3 e amlodipina per il terzo restante.

In realtà le DDD più numerose, considerate per ATC e per capitoli diagnostici, riguardano il sistema circolatorio.

I farmaci di maggior costo sono gli antivirali e antiretrovirali, che incidono, per almeno un terzo della spesa, oltre € 300.000 per i motivi determinati dal trattamento delle epatiti virali e della malattia da HIV ma una quota di spesa oltre € 100.000 è determinata dagli antipsicotici atipici che riguardano una parte di popolazione decisamente più numerosa.

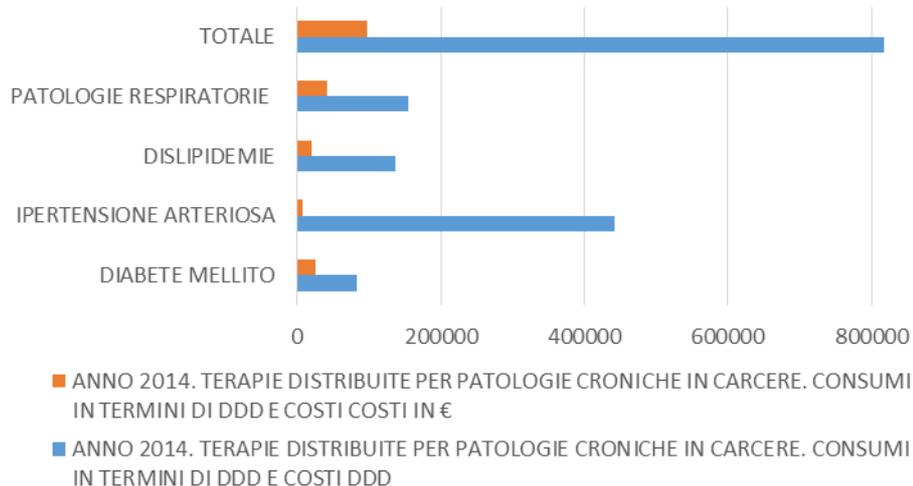
I 10 principi attivi più prescritti negli Istituti penitenziari della RER anno 2014

ATC - Principio attivo	DDD
B03BA01 - CIANOCOBALAMINA	290.500
A02BC03 - LANSOPRAZOLO	159.523
C09AA05 - RAMIPRIL	156.604
N05BA01 - DIAZEPAM	136.586
N05BA06 - LORAZEPAM	113.011
B01AC06 - ACIDO ACETILSALICILICO	97.700
A02BC02 - PANTOPRAZOLO	72.144
C10AA05 - ATORVASTATINA	68.505
N05CD05 - TRIAZOLAM	59.810
C08CA01 - AMLODIPINA	58.800

I 10 principi attivi a maggior spesa negli Istituti penitenziari della RER anno 2014

ATC - Principio attivo	SPESA
L03AB11 - PEGINTERFERONE ALFA-2A	€ 112.657
N05AX08 - RISPERIDONE	€ 59.277
J05AR03 - TENOFOVIR DISOPROXILE EMTRICITABINA	€ 55.730
L03AB10 - PEGINTERFERONE ALFA-2B	€ 49.018
J05AE10 - DARUNAVIR	€ 38.033
J05AR06 - EMTRICITABINE, TENOFOVIR DISOPROXIL AND EFAVIRENZ	€ 37.743
J05AE08 - ATAZANAVIR	€ 34.391
N05AH04 - QUETIAPINA	€ 31.853
R03AK06 - SALMETEROLO	€ 17.894
J05AF07 - TENOFOVIR DISOPROXIL	€ 15.773

ANNO 2014. TERAPIE DISTRIBUITE PER PATOLOGIE CRONICHE NELLE CARCERI DELL'EMILIA-ROMAGNA. Consumi per DDD e COSTI



Il grafico mostra che per oltre 800.000 DDD distribuite/somministrate nell'anno 2014 per soggetti affetti da patologie croniche la spesa è stata inferiore ad € 100.000.

Situazione al 31 dicembre 2014

Per concludere presentiamo una tabella riassuntiva della situazione al 31 dicembre 2014, per 3.274 cartelle aperte. Il dato è diverso da quello ufficiale, relativo alle presenze, dell'Amministrazione Penitenziaria che indica 2.849 presenti: la discordanza è dovuta al fatto che in alcuni Istituti le cartelle di persone uscite non sono state chiuse e compaiono ancora attive in SISP.

Dall'analisi del complesso delle patologie rilevate, la raccolta sui detenuti al 31/12 evidenzia come il 56,8% delle persone detenute fosse portatore di almeno una patologia, e fra questi solo il 21% ne avesse solo una. Il restante 32% aveva delle comorbidità.

Fra le patologie prevalenti, l'ipertensione arteriosa riguarda il 7,9% dei detenuti presenti in quella data. Questo dato non si discosta dai valori già riscontrati nelle tavole precedenti relative all'intero anno 2014. Seguono l'epatite C, con 4,6% dei detenuti con diagnosi, e le patologie del primo tratto del tubo digerente (dell'esofago, dello stomaco e del duodeno), che coinvolgono circa il 4,5% dei soggetti.

La BPCO, le artrosi e le dorsopatie hanno ognuna una prevalenza tra il 4% ed il 5% ciascuna, con percentuali più elevate nell'Istituto di Parma, nel quale si concentrano - oltre all'ipertensione - anche le altre patologie croniche selezionate (diabete 3,9% tra insulinodipendente e non, cardiopatie ischemiche 2,4%). Ciò in quanto Parma è, come già detto, il collettore delle situazioni cliniche più complesse e presenta una popolazione mediamente più anziana rispetto agli altri IIPP.

Infine depressione e disturbi di personalità erano riscontrate in circa il 2% dei soggetti ciascuna, mentre la prevalenza della malattia da HIV era dell'1%.

È interessante notare come, su quasi 6mila diagnosi registrate nel 2014 per i detenuti presenti a tale data, le patologie croniche selezionate per questa analisi rappresentino circa un quarto del totale.

Tab.66 - Cartelle aperte in SISP al 31.12.2014 negli IIPP dell'Emilia-Romagna. Numero di cartelle per numero di diagnosi nell'anno (valori assoluti e per 100 cartelle aperte al 31.12.2014), numero di cartelle aperte con alcune diagnosi croniche (valori assoluti e per 100 cartelle aperte al 31.12.2014), numero di diagnosi croniche e % sul totale delle diagnosi

detenuti al 31/12/2014	PIACENZA		PARMA		REGGIO EMILIA		CASTELFRANCO		MODENA		BOLOGNA		FERRARA		RAVENNA		FORLI'		RIMINI		REGIONE	
	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	% su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot	n°	%su tot
	331		583		149		198		363		1.023		296		87		127		117		3.274	
cartelle aperte al 31.12 per numero di patologie																						
con 1 diagnosi nell'anno	54	16,3	89	15,3	46	30,9	23	11,6	87	24,0	222	21,7	71	24,0	35	40,2	19	15,0	39	33,3	685	20,9
con 2 diagnosi nell'anno	51	15,4	53	9,1	17	11,4	12	6,1	38	10,5	70	6,8	19	6,4	9	10,3	12	9,4	20	17,1	301	9,2
con 3 diagnosi nell'anno	53	16,0	50	8,6	14	9,4	19	9,6	11	3,0	29	2,8	18	6,1	7	8,0	24	18,9	3	2,6	228	7,0
con 4 diagnosi nell'anno	43	13,0	32	5,5	6	4,0	11	5,6	2	0,6	18	1,8	4	1,4	15	17,2	15	11,8	0	0,0	131	4,0
con 5 diagnosi nell'anno	31	9,4	24	4,1	4	2,7	8	4,0	1	0,3	8	0,8	5	1,7	13	14,9	13	10,2	0	0,0	94	2,9
con 6 e più diagnosi nell'anno	60	18,1	184	31,6	0	0,0	14	7,1	14	3,9	11	1,1	3	1,0	18	20,7	18	14,2	1	0,9	291	8,9
con almeno una diagnosi nell'anno	292	88,2	432	74,1	87	58,4	87	43,9	139	38,3	358	35,0	120	40,5	51	58,6	101	79,5	63	53,8	1.730	52,8
cartelle aperte al 31.12 con patologia cronica ogni 100 cartelle																						
IPERTENSIONE ARTERIOSA	25	7,6	124	21,3	17	11,4	4	2,0	17	4,7	40	3,9	13	4,4	10	11,5	8	6,3	2	1,7	260	7,9
EPATITE C	15	4,5	38	6,5	8	5,4	17	7,0	8	2,2	26	2,5	19	6,4	7	8,0	10	7,9	3	2,6	151	4,6
PAT. APP. DIGERENTE 1° TRATTO	33	10,0	51	8,7	4	2,7	15	7,0	7	1,9	13	1,3	11	3,7	2	2,3	13	10,2	0	0,0	149	4,6
BPCO	18	5,4	64	11,0	3	2,0	8	4,0	1	0,3	27	2,6	6	2,0	1	1,1	3	2,4	1	0,9	132	4,0
DORSOPATIE	23	6,9	81	13,9	0	0,0	4	2,0	5	1,4	3	0,3	7	2,4	2	2,3	7	5,5	0	0,0	132	4,0
ARTROSI	11	3,3	62	10,6	2	1,3	8	4,0	3	0,8	10	1,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,9	98	3,0
DIABETE MELLITO NID	9	2,7	35	6,0	3	2,0	1	0,5	6	1,7	19	1,9	4	1,4	4	4,6	2	1,6	1	0,9	84	2,6
CARDIOPATIA ISCHEMICA	3	0,9	57	9,8	0	0,0	2	1,0	2	0,6	13	1,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	78	2,4
DEPRESSIONE	11	3,3	10	1,7	2	1,3	16	8,1	5	1,4	13	1,3	9	3,0	0	0,0	4	3,1	1	0,9	71	2,2
DISTURBO PERSONALITA'	21	6,3	16	2,7	4	2,7	9	4,5	4	1,1	9	0,9	1	0,3	0	0,0	2	1,6	0	0,0	66	2,0
DIABETE MELLITO ID	4	1,2	16	2,7	2	1,3	3	1,5	8	2,2	3	0,3	5	1,7	0	0,0	3	2,4	1	0,9	45	1,4
IMMUNODEF.ACQUISITA	7	2,1	4	0,7	3	2,0	2	1,0	3	0,8	7	0,7	4	1,4	0	0,0	3	2,4	1	0,9	34	1,0
INSUFF. RENALE CRONICA	0	0,0	6	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,2	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,3
numero di patologie croniche su cartelle aperte al 31/12																						
numero totale di diagnosi	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
	1.147		2.715		167		287		209		641		235		75		409		97		5.982	
Totale patologie croniche selezionate	213	18,6	676	24,9	50	29,9	92	32,1	70	33,5	190	29,6	89	37,9	26	34,7	64	15,6	11	11,3	1.481	24,8

Patologie croniche, comorbidità, terapie

Abbiamo inoltre valutato nella stessa data le terapie farmacologiche riguardanti alcune patologie. In particolare sono quelle relative a patologie croniche non trasmissibili:

Apparato Respiratorio⁷³

Nelle carceri della regione risultano trattati con farmaci 132 soggetti, con una prevalenza di patologie croniche respiratorie del 3,9% sul totale dei detenuti a tale data. Le comorbidità prevalenti nel 51% dei casi riguardavano patologie dell'apparato digerente, nel 50% dei casi malattie endocrine o nutrizionali e nella stessa percentuale malattie del sistema circolatorio. Nel 44,6% soggetti affetti da patologie osteomuscoloarticolari, nel 30% soggetti affetti da disturbi psichici e comportamentali.

I farmaci più utilizzati erano Salmeterolo nel 46,5% dei casi, Salbutamolo nel 43,8% dei casi, Beclometasone nel 20% dei casi, le associazioni Salbutamolo o Formeterolo con altri farmaci erano utilizzate nel 20% dei casi.

Diabete Mellito

I casi trattati erano presenti, complessivamente fra insulinodipendenti e non, 129 detenuti con una prevalenza del 3,9%. Comorbidità con almeno un'altra patologia cronica sono state riscontrate nell'87,4% dei casi. Fra le comorbidità le più frequenti interessavano nel 64,6% dei casi il sistema circolatorio, nel 40% le dislipidemie, nel 38,6% le malattie dell'apparato digerente, nel 29,1% le patologie osteomuscolari, nel 23,6% patologie respiratorie.

Per l'87,4% dei diabetici erano somministrati farmaci per l'apparato digerente, per il 77,2% farmaci per il sistema cardiovascolare, per il 66,1% farmaci per i disturbi psichici, per il 54% antiinfettivi generali, per il 52,8% farmaci per le patologie osteomuscolari, per il 36,2% farmaci per il respiratorio. Per quanto riguarda terapie specifiche del diabete il 63,8% era trattato con metformina, il 7,1% con associazione metformina sulfaniluree, oltre il 30% era trattato con insuline.

Patologie del sistema circolatorio⁷⁴

Erano trattati per tali patologie 327 soggetti, di cui 260 ipertesi (8,9%), 87 (2,7%) affetti da patologie a carico delle valvole cardiache ed aritmia, 81 (2,5%) affetti da cardiopatia ischemica, 57 (1,7%) da malattie delle arterie, 42 (1,3%) da patologie cerebro-vascolari. Oltre l'88,1% era affetto anche da altra patologia, e fra questi il 56,9% da malattie del metabolismo, il 48% da patologie dell'apparato digerente, il 32,4% da patologie osteoartromuscolari, il 24,5% da patologie respiratorie.

Il trattamento farmacologico specifico è stato distribuito nell'83,5% dei casi e nel 77,4% sono stati distribuiti farmaci dell'apparato digerente. Nel 72,2% dei casi sono stati distribuiti farmaci per patologie psichiche. Nel 59,9% sono stati somministrati farmaci per il sistema muscolo-scheletrico, nel 57,8% farmaci antiinfettivi. Nel 37% dei casi sono stati somministrati anche farmaci per patologie respiratorie.

Per quanto riguarda le patologie specifiche del capitolo nel 70,9% dei casi sono stati somministrati farmaci ad azione su sistema renina-angiotensina, nel 48,6% dei casi agenti ipolipemizzanti, nel 44,6% dei casi beta-bloccanti, nel 27,2% calcio-antagonisti, nel 24,5% diuretici, nel 15,3% dei casi farmaci per terapie cardiache.

⁷³ Le patologie croniche respiratorie qui selezionate sono: asma, bronchite cronica, enfisema, bronchiectasia e altre pneumopatie ostruttive croniche.

⁷⁴ Le patologie croniche respiratorie qui selezionate sono: malattie ipertensive, cardiopatie ischemiche, malattie delle arterie, delle arteriole e dei capillari, malattie cerebrovascolari ed altre forme di cardiopatia.

Patologie dell'apparato digerente⁷⁵

Erano presenti 261 detenuti con patologie della prima porzione dell'apparato digerente, l'8,0% del totale, di queste il 5,4% erano patologie a carico di esofago e stomaco e il 2,9% a carico del fegato. Una comorbilità era presente nel 92,7% dei detenuti, le prevalenti risultavano nel 44% dei casi altre patologie dell'apparato digerente, nel 37,9% patologie del sistema circolatorio, nel 36,4% patologie nutrizionali e del metabolismo, nel 33,3% patologie dell'apparato osteoartromuscolare, nel 23% del respiratorio, nel 23% malattie infettive. Erano trattati con farmaci del sistema gastrointestinale l'85,4% dei soggetti, con farmaci del sistema nervoso il 73,9%, con farmaci del sistema muscoloscheletrico il 65,9% dei soggetti, con antiinfettivi generali il 64,8%, con farmaci del sistema cardiovascolare il 46,7%, con farmaci del respiratorio il 38,3%. I farmaci utilizzati nell'80% dei casi erano quelli usati per disturbi della produzione di acido cloridrico, fra questi il lansoprazolo nel 57,1% dei casi, pantoprazolo nel 19,5% dei casi, ranitidina 16,5% dei casi, nmagaldrato nel 14,6% dei casi. Altri farmaci utilizzati sono domperidone nel 14,2% dei casi, metoclopramide nell'11,1%, butilscolamina nel 9,6%, lassativi nel 24,5%, per lo più lattitolo 10%, macrogol 8,8%, lattulosio 7,3%.

Conclusioni

Il Servizio Sanitario penitenziario nella Regione prosegue il percorso di crescita verso gli standard di altri servizi e per raggiungere i propri obiettivi individuati in base alle specificità del luogo, particolare, dove opera.

I dati messi a disposizione, nella loro parzialità non permettono una visione nitida della realtà sanitaria penitenziaria. Si individuano percorsi sfumati che debbono indurre la volontà di presentare una migliore immagine rispetto a risultati che spesso si evidenziano più in senso prosaico che numerico, rendendo meno valutabile l'attività prodotta.

Disporre dei dati relativi alle patologie diagnosticate nel singolo soggetto detenuto, delle prevalenze presumibili in relazione alla destinazione in senso assistenziale dell'Istituto di riferimento, rispetto alle tre citate come esempio, consente di indirizzare le risorse umane e strumentali secondo compiti precisi, a volte più orientati su aspetti di promozione della salute in sani o con patologie croniche di basso peso assistenziale, altre volte più determinati nella gestione e monitoraggio di patologie croniche e comorbilità di notevole impegno assistenziale.

Sono da soddisfare obiettivi per la popolazione detenuta, in termini di "guadagnare di salute", in due condizioni, non favorevoli, determinate:

dalle problematiche relative alla detenzione;

dall'interesse delle persone detenute, paradossale ma vero, a speculare anche negativamente sulle proprie condizioni di salute per ottenere i benefici previsti dalle leggi.

È questa la specificità in cui il Servizio sanitario penitenziario deve operare e di cui occorre tener conto nella pianificazione dei servizi, negli investimenti dedicati e nell'individuare i risultati da perseguire per soddisfare significati diversi da un'azione di attesa della domanda di salute degli utenti detenuti e promuovere con tenacia obiettivi tipici della medicina di iniziativa.

⁷⁵ Comprende tutti i gruppi di diagnosi del capitolo relativo alle patologie dell'apparato digerente: malattie di esofago, stomaco e duodeno; malattie del fegato; disturbi di colecisti, vie biliari e pancreas; enteriti e coliti non infettive; altre malattie dell'apparato digerente.

È per questo che si rende necessario il fatto che il personale sanitario divenga promotore della conoscenza che non può che giovare di un sistema informativo dedicato e costruito sui codici di diagnosi che nel nostro caso si basano sull'uso di ICD 10.

Rispetto a questo obiettivo è in gioco la professionalità di ciascuno.

8.4 L'infettivologia

Prevenzione, cura e rilevazione delle malattie infettive in carcere è una questione sanitaria di primaria importanza, sia per la tutela della salute delle persone, sia per lo specifico ambito detentivo che amplifica il rischio di alcune patologie. È un dato dimostrato da più ricerche internazionali⁷⁶ : dal primo giorno di detenzione i detenuti sono esposti a diversi tipi di varie malattie trasmissibili, tra l'altro molte delle quali sarebbero prevenibili tramite un semplice vaccino. Vi è un rilevante maggior rischio di contrazione di malattie infettive durante la detenzione rispetto al rischio corso da un normale cittadino libero. Il maggior rischio è dato da diversi elementi:

- allo specifico contesto di vita delle prigioni, spesso non salubri;
- alla convivenza forzata e promiscuità tra più persone in spazi limitati;
- alla rilevante presenza di detenuti tossicodipendenti che hanno fatto uso di sostanze per via iniettiva;
- alla rilevante presenza di stranieri detenuti che rendono più difficile praticare le attività di prevenzione a causa delle barriere imposte dalle diverse lingue;
- le popolazioni detenute sono più a rischio di incorrere in infezioni⁷⁷ per HIV e Epatiti C.

Da più fonti informative si evidenzia come la situazione infettivologica dei detenuti nelle carceri italiane sia particolarmente gravosa, sia a volte per l'assenza di tests specifici proposti, sia a causa del livello di attenzione posta dai servizi di tutela della salute nelle carceri a coinvolgere le persone nell'effettuazione di *screening*.

La prevenzione deve necessariamente intervenire anche sul livello informativo per le persone detenute, per agire in maniera più efficace sulle singole patologie. Nei servizi sanitari penitenziari dell'Emilia-Romagna sono stati attivati efficaci sistemi di sorveglianza epidemiologica e clinica attraverso l'utilizzo della cartella clinica informatizzata unica regionale SISP (vedi apposito paragrafo). Per ogni utente è tracciato un chiaro, sintetico e efficace quadro sulla sua situazione infettivologica, sugli esami effettuati (e su quelli non ancora effettuati), sugli esiti e le date dei referti. Lo stesso quadro può essere costruito complessivamente sul servizio sanitario carcerario, per esaminare lo stato di salute e le attività da svolgere. Lo strumento di rilevazione/monitoraggio è stato introdotto nel sistema SISP nel mese di luglio 2014. Nei dati riportati dai Servizi salute nelle carceri si sono configurate due diverse situazioni: Istituti dove il dato puntuale è stato riportato su tutti i detenuti presenti, Istituti dove il dato è stato valorizzato a partire dai nuovi esami realizzati. L'obiettivo è di completare tutto il sistema il sistema di monitoraggio nel 2015.

Un primo indicatore fondamentale di analisi e di valutazione è la quota di detenuti con screening sul singolo test rispetto al totale dei detenuti presenti. Per le motivazioni sopra esposte ci si aspetta di ottenere un'alta percentuale di persone che hanno il test valorizzato – a prescindere dall'esito positivo, negativo e rifiutato –

⁷⁶ Sequera VG, Valencia S, García-Basteiro AL, Marco A, Bayas JM., Vaccinations in prisons: A shot in the arm for community health. Hum Vaccin Immunother. 2015 Jul 9:0.

⁷⁷ Martin NK, Vickerman P, Dore GJ, Hickman M., The hepatitis C virus epidemics in key populations (including people who inject drugs, prisoners and MSM): the use of direct-acting antivirals as treatment for prevention. Curr Opin HIV AIDS. 2015 Sep;10(5):374-80.

rispetto alle persone a cui non è stato proposto. Il “Programma regionale per la Salute negli Istituti penitenziari: indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali” (DGR 588/2014) delineando specifici obiettivi di salute, spinge le AUSL verso una particolare attenzione alla realizzazione della testistica infettivologica.

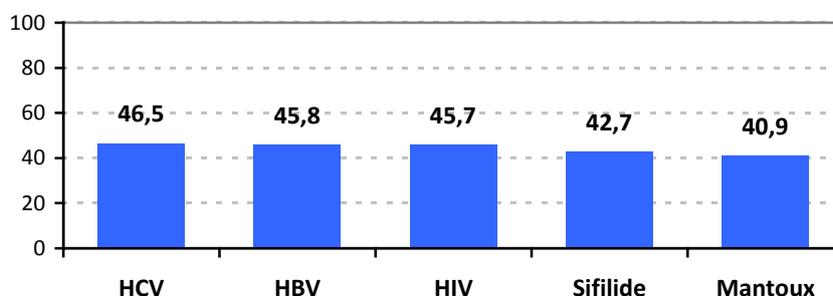
La tabella e il grafico forniscono un quadro sintetico sulla situazione complessiva degli istituti della Regione Emilia-Romagna. Emerge una crescita consistente nella quota di test effettuati rispetto agli anni passati, ma rispetto a questo risultato positivo occorre evidenziare che:

- la variabilità tra le AUSL è eccessivamente ampia. Sui dati forniti dalle AUSL emerge un *range* di test effettuati sul totale dei detenuti che varia in maniera rilevante tra le AUSL;
- il programma triennale salute nelle carceri ha definito per il 2014 una quota di soggetti testati di almeno il 60% tra i nuovi ingressi (70% per il 2015). A livello regionale non è ancora disponibile questa informazione (il flusso regionale è in via di definizione), ma si è ancora lontani dal raggiungere questo obiettivo.

In quasi tutti i test infettivologici sono stati testati dal 40,9 al 46,5% dei detenuti. Le ragioni di questo risultato sono però molto diverse. Vi sono AUSL che non hanno ancora attuato una piena valorizzazione delle informazioni nella cartella clinica SISP, soprattutto per gli utenti con esami effettuati negli anni passati, e AUSL che ancora sono carenti nel *testing* di tutta la popolazione. La differenza è consistente tra i diversi *marker* e tra le diverse AUSL:

- l’epatite C (testati il 46,5% dei detenuti), il test maggiormente valorizzato, presenta una variabilità tra le AUSL che va dal 19,4% del totale dei detenuti all’85,8%
- Epatite B (testati il 45,8% dei detenuti), varia tra le AUSL dal 19,6% all’89%
- L’HIV (testati il 45,7% dei detenuti), varia tra il 18,6% e l’84,3%.

Fig. 48 - Percentuali di utenti con screening effettuati sul totale (pazienti presenti al 31/12/2014, %)



Se la quota di test rappresenta un indicatore della qualità dell’attività clinica erogata, l’esito dei test fornisce un quadro sulla situazione sanitaria dei detenuti. Dalla tabella emergono situazioni – sicuramente sottodimensionate rispetto alla realtà per le motivazioni sopra esposte – che richiedono attenzione. Il 5,3% dei detenuti (172 soggetti), è affetto da epatite C, il 6,6% da epatite B. Meno rilevante dai punti di vista numerico (24, ma nelle diagnosi risultano 34 infetti) sull’HIV.

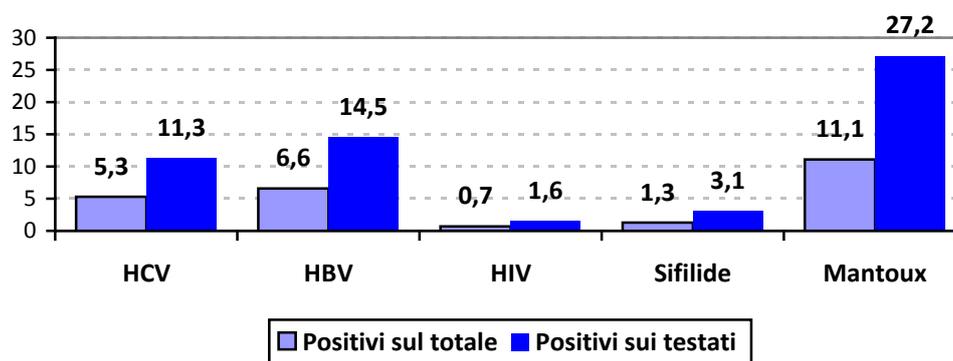
Tab.67 - Esiti dei singoli test infettivologici (pazienti presenti al 31/12/2014, %).
Popolazione detenuta di riferimento 3.274)

Test	Detenuti con test	% testati sul totale	n. positivi sul totale	% positivi sul totale	% positivi sui testati
HCV	1.521	46,5	172	5,3	11,3
HBV*	1.500	45,8	217	6,6	14,5
HIV	1.495	45,7	24	0,7	1,6
Sifilide**	1.398	42,7	44	1,3	3,1
Mantoux	1.339	40,9	364	11,1	27,2

* Erogata almeno una (HBcAb, HBsAb e HBsAg)

** Erogata almeno RPR o TPHA

Fig.49 - Esito dei test calcolato sul totale dei pazienti e sul totale dei testati (pazienti presenti al 31/12/2014, %)



8.5 I detenuti con problematiche alcol-droga correlati

L'uso o abuso di sostanze psicotrope è una patologia fortemente diffusa tra i detenuti. I SerT ed i sanitari che lavorano in carcere devono affrontare uno dei più importanti problemi di salute pubblica in carcere, con implicazioni sia sulla salute delle persone detenute sia per le implicazioni clinico-organizzative che la cura richiede. L'attenzione agli elementi di monitoraggio e valutazione derivano proprio dalla necessità strategica di conoscere la salute delle persone alcol-tossicodipendenti. Per diversi anni le informazioni di carattere epidemiologico sono state sempre desunte dalle basi dati del Ministero della Giustizia, che ne pubblicava annualmente i dati puntuali, cioè riferiti a periodi specifici dell'anno. Con il passaggio delle competenze in tema sanità dalle Regioni, i sistemi di monitoraggio si sono differenziati e anche arricchiti in quanto riguardano anche la tipologia di prestazioni e interventi erogati nei confronti di queste persone. Attualmente più fonti informative rilevano le informazioni sui detenuti tossicodipendenti, creando, a volte, delle differenze tra i diversi dati.

Analisi puntuale al 31 dicembre 2014

Dal 2011, così come previsto dall'Accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18/05/2011, i dati sui detenuti con problemi alcol-droga correlati vengono raccolte su apposite schede in due periodi specifici (30 giugno e 31 dicembre). Le informazioni sono quindi "puntuali" e non comprendono tutta l'attività dell'anno considerato. L'obiettivo prioritario non è meramente quantitativo, bensì quello di identificare il numero di soggetti che possono accedere alle misure alternative alla pena, così come stabilito dall'art. 94 del D.P.R. 309/90.

I dati pubblicati nella Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenza in Italia 2014⁷⁸ - ultimi disponibili raccolti a livello nazionale - mostrano come al 31 dicembre 2013 i detenuti con problematiche connesse con la droga sono stati 18.816, pari al 33,3% del totale, mantenendo le tendenze già mostrate negli anni precedenti. In sintesi, circa un detenuto su tre presenta problemi connessi con l'assunzione di droghe. Le persone detenute che hanno una certificazione di dipendenza attraverso una diagnosi sono state 12.897, pari al 22,9%.

Per correttezza informativa occorre evidenziare come nella stessa Relazione al Parlamento vengono riportati dati elaborati su fonte Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (ultima disponibile ad oggi). Da questi ulteriori dati risulta che i detenuti tossicodipendenti in carcere in Italia sono 14.879, pari al 23,8% del totale delle persone recluse.

Come già evidenziato, i dati nazionali relativi al 31 dicembre 2014 sono ancora in fase di elaborazione; è importante sottolineare che dalle informazioni ultime disponibili del 2013 la Regione Emilia-Romagna presenta il 29,3% dei detenuti con specifica diagnosi di tossicodipendenza, al di sopra della media nazionale che è del 19,4%. È da verificare se la forte variabilità esistente tra le Regioni sia attribuibile ad una diversa intensità della problematica oppure ad una differente modalità di rilevazione dei dati.

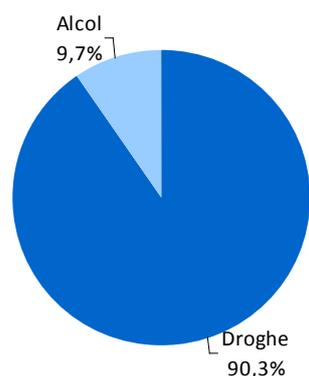
Dai dati dello stesso flusso informativo inviati dai SerT relative al giorno 31 dicembre degli anni 2012-2014, emerge come le problematiche segnalate tra gli utenti detenuti erano prettamente inerenti l'uso di sostanze illegali: nel 2014 a fronte di 1.688 detenuti (in calo rispetto agli anni precedenti) con problematiche connesse con la droga (uso, abuso o dipendenza) vi erano 182 detenuti (in aumento rispetto all'anno precedente) con problematiche inerenti l'alcoldipendenza. Il 59,0% dei detenuti si potevano definire tossicodipendenti in quanto era stata formulata una specifica diagnosi nei loro confronti (sistema di classificazione ICD 10), mentre la restante quota era composta da utenti o che erano assuntori di sostanze senza dipendenza (7,1%) o ancora in fase di osservazione e diagnosi (24,2%).

Tab.68 - Detenuti con problematiche connesse con la dipendenza.
Rilevazione puntuale al 31/12 degli anni 2012 - 2014 (Valori assoluti e %)

Tipologia dipendenza	2012		2013		2014	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Detenuti rilevati dal SerT con uso o dipendenza da droga	1.995	94,6	1.851	91,4	1.688	90,3
<i>di cui con dipendenza da sostanze</i>	1.579	74,9	1.315	64,9	1.103	59,0
<i>di cui assuntori di sostanze senza dipendenza</i>	101	4,8	78	3,8	132	7,1
<i>Di cui ancora senza diagnosi formulata</i>	315	14,9	458	22,6	453	24,2
Detenuti con problematiche connesse con l'alcol	114	5,4	175	8,6	182	9,7
Totale con problemi alcol-droga correlati	2.109	100	2.026	100	1.870	100

⁷⁸ Dipartimento Politiche nazionali antidroga, "Relazione annuale al parlamento 2014 - uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia", Roma, 2014.

Fig.50 - Tipologia della problematica connessa con l'uso/abuso di alcol o droghe (2014, valori %)



Utenti SerT detenuti

I dati relativi all'utenza dei Servizi per le dipendenze - SerT sono rilevati attraverso il flusso regionale SIDER (Sistema informativo sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna) che in parte confluisce nel flusso nazionale SIND (Sistema informativo nazionale per le dipendenze). Attraverso questo flusso è possibile analizzare in dettaglio le caratteristiche delle persone che si rivolgono ai SerT, i programmi terapeutici intrapresi e gli esiti, e l'attività svolta dai servizi e le prestazioni erogate. Il flusso è operativo dal 2010, ed è quindi possibile analizzare gli andamenti dell'utenza negli ultimi quattro anni.

L'utenza in trattamento presso le carceri può ricevere più prestazioni con diversa intensità di trattamento. Vi sono pazienti che ricevono una sola prestazione per la verifica dello stato di tossicodipendenza, con esito negativo, altri che entrano in un progetto terapeutico riabilitativo in quanto gli è stata diagnosticata una dipendenza da sostanze psicotrope.

Una prima considerazione è relativa alla "mobilità" che caratterizza l'utenza detenuta alcol-tossicodipendente. In alcuni casi, non frequenti, lo stesso utente transita in successione presso più carceri della Regione Emilia-Romagna. Nel 2014 in totale si contano 3.628 detenuti in trattamento presso i SerT che hanno ricevuto almeno una prestazione in carcere per una problematica connessa con le dipendenze: nello specifico tossicodipendenza da sostanze psicotrope, alcol, gioco d'azzardo patologico e tabagismo. Negli ultimi due anni si nota una flessione di utenza detenuta, nonostante l'accesso al servizio del SerT per questa tipologia di utenza, dopo la crescita che aveva caratterizzato gli anni 2011-2012. Vi sono più considerazioni da fare su questo tipo di utenza:

- i detenuti con problematiche connesse con la droga sono in calo nel corso degli anni: da 3.554 del 2013 sono stati 3.222 del 2014. Nel corso dell'ultimo anno vi è stato un calo del 9,3% che diviene più consistente (14,2%) se si considera il 2012. L'utenza detenuta con problematiche connesse con le droghe ha sempre rappresentato una rilevante quota di utenza dei SerT nel complesso: nel 2014 il 16,6% del totale delle persone che hanno fruito dei servizi dei SerT erano detenuti. Anche quest'ultimo dato è in calo negli ultimi due anni;
- i detenuti con problematiche connesse con l'uso problematico di alcol sono meno consistenti dal punto di vista numerico. Sono stati 393 nel 2014, in calo del 9,0% rispetto all'anno precedente. Rappresentano il 5,1% del totale dell'utenza in trattamento presso i SerT;

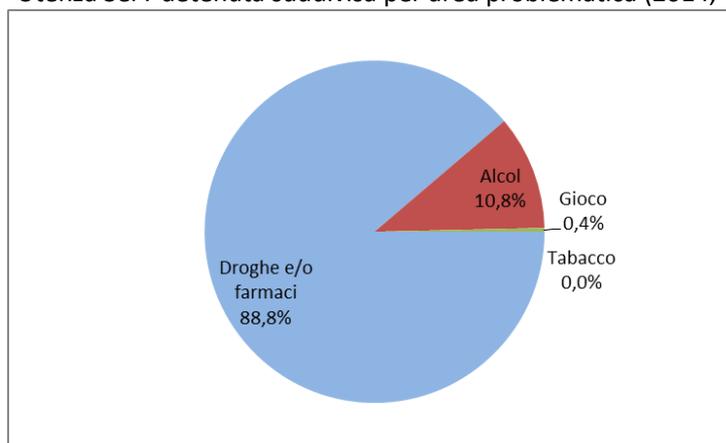
- il tabagismo è una problematica che attraversa trasversalmente una rilevante “fetta” di detenuti. I medici di medicina generale dei servizi sanitari nelle carceri se ne occupano in maniera rilevante, demandando ai SerT i casi che richiedono una attenzione particolare nella cura. Non sono stati registrati invii nel 2014;
- il gioco d’azzardo patologico è poco rilevante dal punto di vista numerico: 13 casi nel 2014, erano 19 nell’anno precedente.

Tab.69 - Utenti detenuti in trattamento presso i SerT per area problematica (Anni 2010-2014, valori assoluti* e %)

Area Problematica / Utenti SerT e carcere	Anno					
	2010	2011	2012	2013	2014	
Droghe e/o farmaci	Utenti detenuti	3.309	3.646	3.754	3.554	3.222
	% sul totale utenza SerT	16,8	18,5	19,7	18,6	16,6
Alcol	Utenti detenuti	355	345	383	432	393
	% sul totale utenza SerT	4,9	4,6	5,1	5,5	5,1
Gioco	Utenti detenuti	5	7	10	19	13
	% sul totale utenza SerT	1	1,1	1,2	1,7	1,0
Tabacco	Utenti detenuti	-	-	-	4	0
	% sul totale utenza SerT	-	-	-	0,3	0
Totale	Utenti detenuti	3.669	3.998	4.147	4.009	3.628
	% sul totale utenza SerT	12,9	13,8	14,5	13,7	12,2

* Sono conteggiate le persone che nel corso dell’anno hanno avuto accesso al carcere e/o una prestazione e/o un trattamento.

Fig.51 - Utenza SerT detenuta suddivisa per area problematica (2014, valori %)

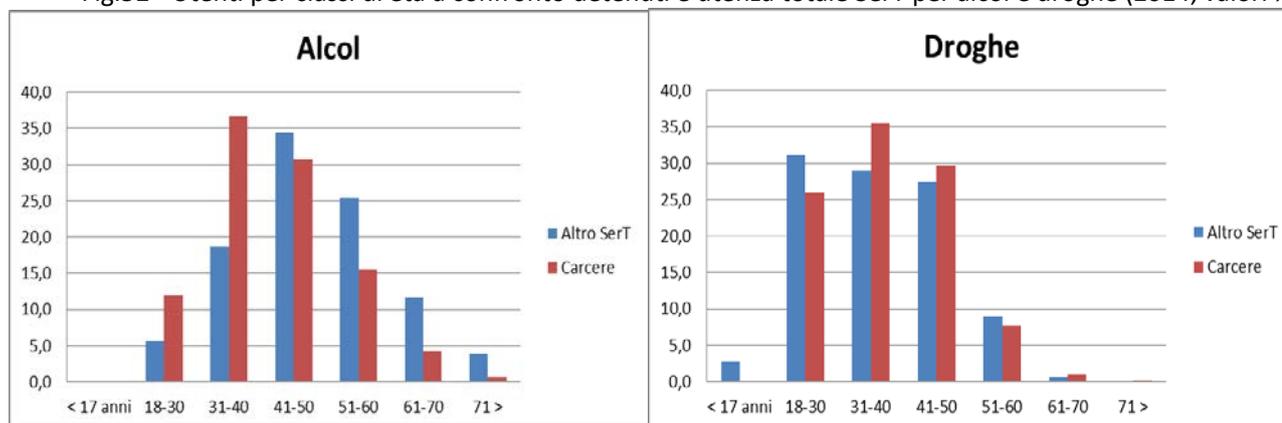


L’utenza con problema di dipendenze ha delle peculiarità che la differenziano a volte in maniera sostanziale rispetto all’altra utenza dei Servizi per le dipendenze non detenuta:

- complessivamente il 77,3% delle persone che si rivolgono ai SerT hanno meno di 50 anni, la quota si eleva a 89,7% tra gli utenti detenuti. Le persone detenute sono più giovani, un fenomeno molto più evidente nella fascia di età 31-40 anni;
- le differenze di età sono collegate soprattutto alla specifica area problematica. Tra gli alcolisti, mediamente più vecchi rispetto alle altre tipologie di utenti, le differenze sono poco rilevanti: il 90,3% degli altri alcolisti SerT ha una età sotto i 50 anni, che è il 91,1% tra gli utenti detenuti;
- per le problematiche connesse con le droghe la differenza è più marcata. Il 58,9% degli altri utenti SerT ha meno di 50 anni, contro un 79,4% degli utenti detenuti. In carcere vi è una maggiore rappresentanza di giovani adulti (31-40 anni) rispetto a quanto accade sul territorio; i giovani di età 18-30 anni sono percentualmente più consistenti nel carcere (12,0%) rispetto a quanto accade sul territorio (5,7%).

Un altro elemento di rilevante differenza è dato dalla cittadinanza. Occorre considerare che quasi la metà dei detenuti è di cittadinanza non italiana, per cui la relativa tabella non può che risentire di questo aspetto nel rappresentare il fenomeno. Le persone con problematiche connesse con la dipendenza e con cittadinanza non italiana sono il 34,7% nelle carceri e il 10,9% sul territorio. La maggioranza proviene dall’Africa (24,14%) soprattutto nella parte nord, seguiti da altri paesi dell’Unione Europea (4,88%) e Asia.

Fig.52 - Utenti per classi di età a confronto detenuti e utenza totale SerT per alcol e droghe (2014, valori %)



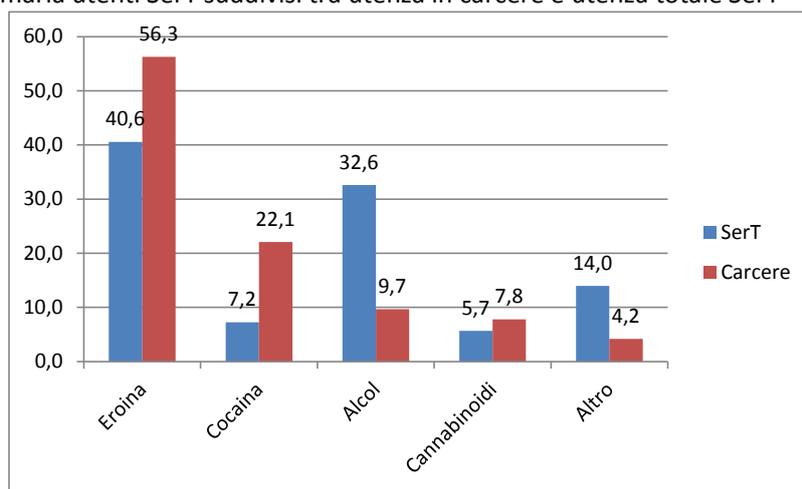
Tab.70 - Utenti per macroaree di cittadinanza. Confronto detenuti e utenza totale SerT (2014, valori %)

Cittadinanza	SerT	Carcere
Italia	89,05	65,16
Africa	4,56	25,14
Altri paesi europei	2,42	4,88
UE - Unione Europea	2,25	2,62
Asia	1,12	1,19
America	0,53	0,88
Oceania	0,03	0,08
Non definito	0,03	0,06
Totale Emilia-Romagna	100	100

L’utenza SerT complessiva differisce molto rispetto all’utenza detenuta in relazione al tipo di sostanza d’abuso primario, confermando le dinamiche di uso/abuso degli anni precedenti. Selezionando i soli utenti in carico (con progetto terapeutico, eliminando le persone con solo le consulenze ai SerT) emerge che l’eroina è sempre la sostanza principale elettiva d’uso/abuso per il 56,3% dell’utenza detenuta (in aumento rispetto all’anno precedente e contro un 40,6% dei SerT). La cocaina caratterizza il 22,1% del totale dei detenuti contro un 7,2% del totale degli utenti SerT, confermando tra i primi la prevalenza di uso di cocaina. L’alcol rientra in quelle forme di dipendenze che molto meno caratterizzano l’utenza detenuta; solo il 9,7% dell’utenza detenuta aveva una dipendenza da alcol, contro il 32,6% dell’utenza SerT.

Meno rilevanti sono, come evidenziato in precedenza, i dati relativi alle dipendenze da tabacco o gioco d’azzardo o altre sostanze.

Fig.53 - Sostanza primaria utenti SerT suddivisi tra utenza in carcere e utenza totale SerT* (Anno 2014, valori %)



* Sono inclusi tutti gli utenti in carico (con progetto terapeutico) su cui era indicata una sostanza di uso/abuso/dipendenza come è stato analizzato in passato nella reportistica regionale

8.6 La salute mentale

La salute mentale in carcere è un indicatore rilevante sulla salute complessiva delle salute delle persone ristrette. Le malattie mentali non riguardano solo i detenuti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o, dal mese di aprile 2015, nelle REMS - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, ma investe una ampia platea di detenuti. *«In generale esiste nelle prigioni un soprannumero di persone con problemi mentali e appartenenti a gruppi vulnerabili, perché mancano i servizi, perché il loro comportamento viene visto come turbolento e per altri fattori come i crimini legati alla droga e alla guida in stato di ubriachezza»*⁷⁹.

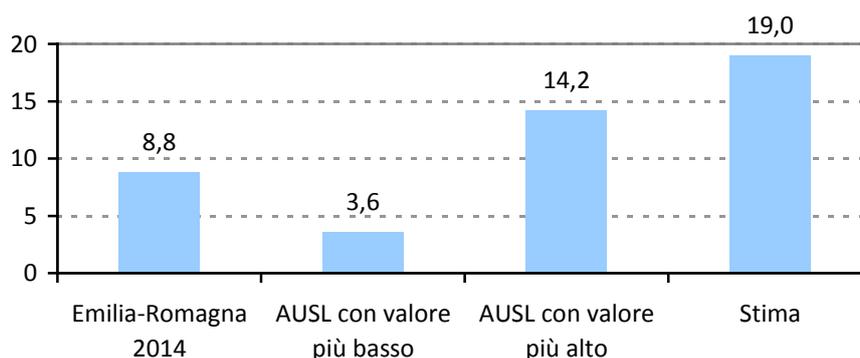
Altro aspetto riguarda la necessità di garantire un ampio spettro di interventi di salute mentale in carcere, dalle diverse attività di cura e prevenzione, dalle difficoltà connesse con la vita negli ambienti carcerari alla prevenzione degli atti autolesivi o suicidari.

I dati puntuali relativi al 31 dicembre 2014 estratti dalla cartella clinica SISP mostrano un netto miglioramento nell'attività di rilevazione diagnostica delle patologie psichiatriche. Mediamente in Emilia-Romagna l'8,8% dei detenuti ha presentato almeno una diagnosi psichiatrica. Il valore medico vede una rilevante differenza tra le AUSL dell'Emilia-Romagna; escludendo la rilevazione effettuata dall'AUSL di Piacenza, dove il 21,1% dei detenuti ha presentato almeno una diagnosi psichiatrica anche per la presenza di un reparto specialistico psichiatrico, le quote di utenti con almeno una patologia psichiatrica variano dal 3,6% al 14,2%. Vi sono diversi studi che tentano di dare una analisi della prevalenza delle patologie psichiatriche dei detenuti; in alcuni di essi⁸⁰, nel quale sono stati usati strumenti diagnostici ad hoc, la prevalenza è risultata del 19% del totale degli internati. Probabilmente è questa la quota di diagnosi alla quale i servizi regionali dovranno progressivamente assestarsi nel corso del tempo.

⁷⁹ WHO, "The world health report 2001. Mental Health: New Understanding", New Hope, 2001.

⁸⁰ Segagni Lusignani G. et al., "Disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di prevalenza", NOOS, Psichiatria e Carcere, 1:2006; 23-34. Ferrannini L., "Il DSM ed il paziente autore di reato", in Convegno "La salute mentale dei detenuti e degli internati in Toscana: presente e futuro", entro per la Promozione della Salute "Franco Basaglia", Firenze, Luglio 2008.

Fig.54 - Quota di cartelle aperte al 31.12.2014 con diagnosi legate a problemi di salute mentale



Le diagnosi psichiatriche più frequenti tra i detenuti sono i disturbi nevrotici (3,91 del totale dei detenuti), i disturbi dell'umore (2,17%) e i disturbi della personalità (2,02%, molto più bassi rispetto alle aspettative). In totale questi disturbi rappresentano l'82% delle patologie psichiatriche. Seguono le schizofrenie e i disturbi deliranti (8,4%) e le diagnosi psichiatriche legate a fattori fisiologici o fisici (5,6%).

Tab.71 - Cartelle aperte al 31.12.2014 con patologie psichiatriche diagnosticate

Aggregato diagnostico	Detenuti con almeno una diagnosi per gruppo	% detenuti con almeno una diagnosi per gruppo
(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	128	3,91
(F30-F39) Disturbi dell'umore	71	2,17
(F60-F69) Disturbi della personalità	66	2,02
(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	27	0,82
(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici	18	0,55
(F00-F09) Disturbi psichici di natura organica	4	0,12
(F99) Disturbo mentale non specificato	3	0,09
(F70-F79) Ritardo mentale	2	0,06
(F90-F98) Disturbi comportamentali e della sfera emozionale	1	0,03

8.7 Alcuni eventi critici

Gli **eventi critici** sono situazioni che possono compromettere la salute dei detenuti. Si tratta di tutti quegli eventi di manifestazione del disagio vissuto in carcere che si traducono con un atto più o meno grave per la salute del paziente. In regione vengono costantemente monitorati con il sistema informativo, seppur l'attività maggiormente strutturata è iniziata a partire dal 2013 con l'introduzione di SISP.

La tabella sottostante indica quanti sono i detenuti con **almeno un evento critico nel corso dell'anno**; vi sono alcune persone che ripetono più volte il gesto. In generale, il fenomeno degli eventi critici ha coinvolto **662 detenuti** tra quelli transitati per le carceri dell'Emilia-Romagna (7,2% del totale).

Sicuramente lo **sciopero della fame** è quello che si presenta con la maggiore frequenza (416 casi) ed interessa oltre il 4,5% dei detenuti. Segue lo **sciopero della sete** (189 casi, il 2% della popolazione carceraria).

Un'altra tra le forme maggiormente praticate è quella del **rifiuto dell'assistenza sanitaria**, compresi il rifiuto a ingerire i farmaci necessari alla cura della propria patologia: sono 211 (2,3% dei transitati per le carceri nell'anno) i detenuti che hanno praticato tale forma di autolesione.

Gli **atti di autolesionismo** (tagli, rotture, abrasioni, contusioni) sono stati praticati da almeno 158 detenuti (1,7% del totale). Infine giungono fino al **tentato suicidio** 36 detenuti (0,4% del totale).

Tab.72 - Detenuti con cartella aperta nel 2014 con almeno un evento critico.
Valori assoluti e per 100 detenuti con cartella aperta nel 2014

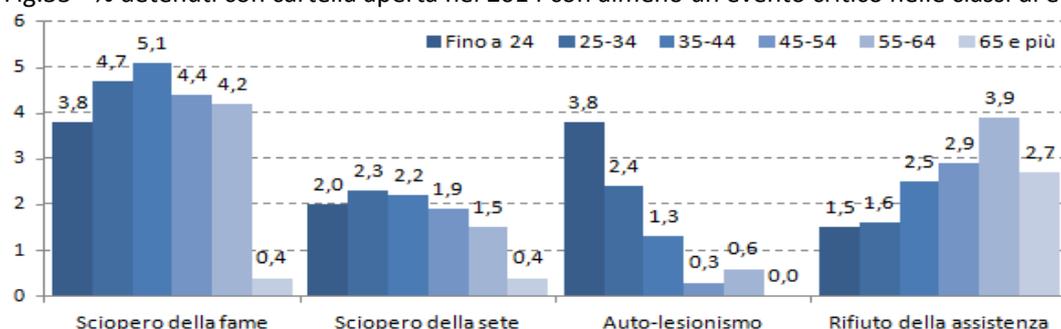
Tipo evento critico	Detenuti con almeno un evento critico nell'anno	% di detenuti con almeno un evento critico sul totale
Almeno un evento critico (di qualunque tipo)	662	7,2
Sciopero della fame	416	4,5
Sciopero della sete	189	2,0
Autolesionismo	158	1,7
Tentato suicidio	36	0,4
Rifiuto dell'assistenza	211	2,3

Ad essi si possono aggiungere, attraverso i dati dell'Amministrazione Penitenziaria, altri eventi che hanno condotto al decesso del detenuto, quali i suicidi (1 per l'intera regione nel 2014) ed i decessi per cause naturali (7)⁸¹.

L'indicatore generale della quota di detenuti che mette in pratica almeno un atto autolesivo/autosoppressivo è però scarsamente sensibile al variare delle caratteristiche socio-demografiche dei detenuti. Innanzitutto è importante ricordare che questo fenomeno **riguarda sostanzialmente la sola componente maschile**, in quanto sono solo tre gli eventi registrati nel 2014 a carico di detenute. Proseguiamo ora con l'analisi di alcune differenze di interesse, che intercorrono tra le fasce di popolazione detenuta rispetto ai singoli eventi.

Lo sciopero della fame e della sete si presentano come un evento diffuso in modo sufficientemente omogeneo in tutte le classi di età (i primi con quote di detenuti che lo hanno praticato tra il 3,8% ed il 5,1%; gli altri tra l'1,5% ed il 2,3%). Gli **autolesionismi sono invece attuati in particolare dai giovani detenuti**, con una percentuale che decresce dal 3,8% del totale dei giovani fino a 25 anni, fino allo 0,6% di quelli della classe 55-64 anni. Al contrario, il **rifiuto all'assistenza sanitaria è un fenomeno che si verifica maggiormente nelle classi di età mature**, con un incremento che va dal solo 1,5% dei detenuti più giovani che lo attua al 3,9% di quelli della classe 55-64 anni. Oltre i 64 anni di età, gli eventi critici divengono più rari, a meno dello sciopero dell'assistenza (2,7%).

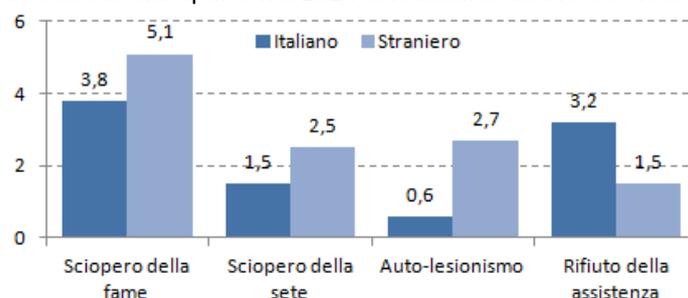
Fig.55 - % detenuti con cartella aperta nel 2014 con almeno un evento critico nelle classi di età



⁸¹ Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, "Eventi Critici negli Istituti Penitenziari. Anno 2014"
<http://www.ristretti.it/areestudio/statistiche/>.

L'evidenza è più netta riguardo la nazionalità dei detenuti, per cui si registrano **prevalenze più elevate per i detenuti stranieri nel caso di ricorso a scioperi della fame, della sete e degli atti autolesivi**. Questi ultimi sono, sia numericamente che in rapporto ai detenuti, un ammontare molto contenuto, mentre sono stati attuati dal 2,7% degli stranieri. Come nel caso dell'analisi per età, **il rifiuto dell'assistenza sanitaria è messo in pratica più frequentemente dai detenuti italiani** (3,2% del totale) rispetto alla componente straniera.

Fig.56 - % detenuti con cartella aperta nel 2014 con almeno un evento critico per cittadinanza



9. La cura dei minori rientranti nel circuito penale

Il Centro per la Giustizia Minorile dell' Emilia-Romagna, con sede dirigenziale a Bologna, è l'organo decentrato del Dipartimento Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia. Il mandato istituzionale di questo organo è di **dare esecuzione ai provvedimenti penali adottati dall'Autorità Giudiziaria Minorile** ai sensi del DPR 448/1988.

L'Ordinamento Giuridico Nazionale, nell'ambito del Sistema Penale Minorile, contempla due istituti giuridici in base ai quali le persone che ne sono sottoposte, se hanno bisogno di assistenza sanitaria, **non possono ricorrere al proprio medico di medicina generale in quanto ristrette in strutture di contenimento o comunque allontanate dal luogo di residenza**. Questa limitazione, al fine di poter garantire a tutti gli stessi livelli di prestazioni sanitarie, come previsto dal dettame costituzionale, esige di dover **provvedere a ciò tramite personale dedicato**. Questo si rende necessario tutte le volte che l'Autorità Giudiziaria adotta provvedimenti restrittivi della libertà individuale quali:

- la **Custodia Cautelari** in carcere: limitazione imposta prima che l'Autorità Giudiziaria adotti una condanna;
- l'**Esecuzione della pena**: misura detentiva in attuazione della sentenza di condanna emessa dal Tribunale per i Minorenni.

Le strutture ed i "luoghi" del CGM regionale, entro le quali vengono attuati tali interventi sono:

- il **Centro di Prima Accoglienza (CPA)** che accoglie minori arrestati o fermati in flagranza di reato in cui permangono per un massimo di 96 ore, in attesa dell'udienza del Giudice delle indagini Preliminari di convalida dell' arresto;
- l'**Istituto Penale per Minorenni (IPM)** ove, per periodi più o meno lunghi, vengono rinchiusi minori/giovani adulti in misura cautelare ex art. 23 o condannati (a Bologna vi è una capienza di 22 posti);
- la **Comunità Ministeriale (CM)** dove minorenni vengono collocati, in espiazione della pena a seguito di misure sostitutive o alternative alla detenzione, in messa alla prova, in misura di sicurezza o in misura

cautelare ex art.22, questi provvedimenti possono essere eseguiti anche presso **Comunità private** convenzionate (ricettività della CM di Bologna n. 8 posti).

Tutte le strutture ricettive presenti sul territorio regionale accolgono esclusivamente minori di sesso maschile ad eccezione del Centro di Prima Accoglienza; per le ragazze si ricorre alle sedi nell' area di competenza del CGM del Piemonte. Per l'espletamento delle molteplici competenze attribuite, la direzione del CGM si avvale dell'**Ufficio di Servizio Sociale Minorenni (USSM)**, composto da assistenti sociali, ed opera, in un sistema di organizzazione territoriale, in stretta collaborazione anche con i **Servizi Sociali degli Enti Locali ed i Servizi specialistici** del settore che fanno capo alle Aziende USL, soprattutto per quanto concerne i programmi di trattamento e terapeutici.

Tab.73 - Minori utenti del Centro Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna con dettaglio per cittadinanza e sesso nel 2014

	Totale	di cui		di cui	
		Italiani	Stranieri	Maschi	Femmine
Centro Prima Accoglienza (CPA) di Bologna	92	41	51	81	11
Istituto Penale Minorenni di Bologna	89	22	67	89	0
Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM) di Bologna*	1.523	899	624	1.264	259
Soggetti segnalati dall'A.G. all'USSM*	1.165	676	489	1.025	140
Comunità Ministeriale di Bologna	49	22	27	49	0
Comunità Private	139	51	88	120	19
Totale	3.057	1.711	1.346	2.628	429

**già conosciuti e non conosciuti*

Fonte: ns. elaborazione su dati CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

La sanità penitenziaria rivolta ai minori

Con il Decreto Legislativo n. 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria" e con l'entrata in vigore del Decreto Presidente Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008, sono state trasferite al Servizio Sanitario Regionale e Locale tutte le funzioni e le competenze sanitarie precedentemente svolte dal Dipartimento Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia. Tra i principali "Obiettivi di salute ed i Livelli essenziali di assistenza", indicati nell'allegato A al DPCM 1/04/2008, è specificamente definito, tra gli altri, anche la **promozione dello sviluppo psico-fisico dei minori sottoposti a provvedimenti penali.**

L'Amministrazione Regionale, l'Azienda USL di Bologna ed il Centro Giustizia Minorile di Bologna

Nei primi mesi del 2010 l'Azienda USL di Bologna, sul cui territorio insiste il CGM, ha redatto uno specifico "**Programma di attività da svolgere presso il Centro di Giustizia Minorile**" redatto sulla base delle indicazioni fornite sia a livello nazionale che regionale. Detto documento comprende l'intera gamma delle funzioni volte a favorire la tutela della salute dei giovani compresi nel circuito penale minorile e nello specifico:

- Assistenza sanitaria di base;
- Servizio di Continuità Assistenziale;
- Sanità Pubblica per la vigilanza, la sorveglianza delle malattie infettive e la prevenzione;
- Medicina Specialistica, in particolare Neuropsichiatria Infantile, Dipendenze Patologiche, Psichiatria e Odontoiatria;
- Medicina Legale;

- Tecnologia e telemedicina.

Successivamente è stato siglato il **“Protocollo sulle procedure di inserimento dei minori con disturbi psichici o problematiche legate alla dipendenza da sostanze in comunità terapeutiche”** fra l’Azienda USL di Bologna e la Direzione del CGM per definire procedure, tempi e competenze delle due Amministrazioni. In particolare, vengono individuati e definiti percorsi specifici per quanto concerne:

- la visita di primo ingresso per valutazione di eventuale presenza di problematiche psichiatriche o di dipendenza da sostanze;
- la valutazione e presa in carico da parte del Servizio di neuropsichiatria e psicoterapia dell’età evolutiva, afferente all’ Unità Operativa di NPJA;
- la diagnosi, presa in carico e trattamento da parte del SerT, di quelle situazioni che manifestano problemi di abuso o dipendenza da sostanze psicotrope.

Attraverso il Protocollo, il SSR assicura non solo la presa in carico, ma la copertura delle spese per i percorsi in CT dei minori che presentino problematiche di dipendenza da sostanze o disturbi psichiatrici.

Nel corso del 2013 è stato siglato un **Protocollo d’intesa tra la regione Emilia-Romagna ed il Centro di Giustizia Minorile di Bologna per l’Emilia-Romagna, relativo alla definizione della collaborazione tra l’ordinamento sanitario ed il sistema della Giustizia Minorile per l’erogazione dell’assistenza sanitaria a favore delle persone minori e giovani adulti in carico ai servizi della Giustizia Minorile ed indicazioni per la definizione di protocolli-accordi locali (DGR n.1788/2013)⁸².**

Tale protocollo si è reso necessario per il superamento di alcune criticità operative presentatesi nel corso di questi anni, nell’**inserimento di minori in comunità**. In alcuni casi, infatti, l’invio presso la comunità viene disposto dall’Autorità Giudiziaria in tempi brevissimi, senza che i servizi sanitari abbiano avuto il tempo di effettuare la conoscenza del minore e valutare il percorso più appropriato.

Le due amministrazioni convengono che, qualora la valutazione diagnostica psicopatologica e/o tossicologica di minori o giovani adulti presenti nelle strutture residenziali del CGM (CPA; IPM; Comunità) necessiti di approfondimenti da parte del neuropsichiatra o del tossicologo dei Servizi Sanitari, in tempi più lunghi di quelli dettati dall’Autorità Giudiziaria, viene attivato un **inserimento breve, non superiore ai 30 giorni, con finalità di osservazione-valutazione** funzionale in una delle comunità ritenute idonee a tale fine fra quelle che hanno dato la loro disponibilità.

La Regione ha poi concordato con alcuni Enti Gestori, sulla base di una riconosciuta competenza ed esperienza manifestata negli anni e sulla dichiarata loro disponibilità, modalità di inserimento in tempi brevi di minori o giovani adulti, in carico ai Servizi del Centro per la Giustizia Minorile di Bologna, nei confronti dei quali la competente Autorità Giudiziaria ha emesso ordinanza di collocamento in comunità, ex art. 22 o 28 DPR 488/88 e art.47 e segg., 70 e 71 Ord. Pen. e misure di sicurezza.

Nel corso del 2014 in applicazione del protocollo regionale sono stati avviati incontri per la definizione di specifici accordi locali tra CPA/CM ed IPM con l’ Azienda USL di Bologna su cui territorio dette strutture insistono.

⁸² Il testo integrale del protocollo è disponibili all’indirizzo <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

Centro Giustizia Minorile. Interventi migliorativi e innovativi apportati dal passaggio delle competenze ad oggi

Nel passaggio della sanità penitenziaria al SSN, oltre ad assicurare la continuità assistenziale, si è proceduto alla **riorganizzazione di alcune procedure e alla sostituzione del personale medico e infermieristico**. Di seguito sono elencate le principali novità e variazioni apportate:

- 1) Rifacimento completo degli **arredi degli ambulatori dell'IPM**;
- 2) Strutturazione della presenza, presso il CGM, di un **medico di medicina generale con funzioni di coordinamento dal lunedì al sabato**, di un **medico SerT** un giorno alla settimana e di un **medico psichiatra** ogni due-tre settimane;
- 3) Organizzazione della attività di **microéquipe della Neuropsichiatria infantile** con un neuropsichiatra consulente e due psicologhe (di cui una già presente prima del passaggio) per la valutazione psicologica dei nuovi ingressi e per seguire i casi con diagnosi psicopatologiche; attivazione dei gruppi psicologici periodici per tutti i ragazzi dell'IPM e partecipazione alle équipes per la elaborazione dei progetti per i minori seguiti;
- 4) **Turno infermieristico con infermiera aziendale** presente al mattino dalle ore 8,00 fino al completamento delle necessità presenti quotidianamente e copertura in pronta disponibilità fino alle ore 20,00 nei giorni feriali e pronta disponibilità, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, nei festivi;
- 5) Odontoiatria: **riattivazione del servizio di odontoiatria**, attualmente presente sei ore al mese. Sostituzione del riunito odontoiatrico. Messa in uso delle procedure della odontoiatria dell'Azienda USL, tra cui la sterilizzazione delle apparecchiature presso strutture aziendali;
- 6) Attivazione della presenza di un **medico infettivologo** su richiesta;
- 7) **Collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica** per l'applicazione dei protocolli aziendali per la prevenzione delle malattie infettive e per le vaccinazioni ai detenuti;
- 8) Utilizzo del **sistema informatizzato aziendale per la farmacia** e la prenotazione degli esami ematici (utilizzando un punto di accesso esterno all'Istituto);
- 9) Applicazione delle **procedure della farmacia**;
- 10) Riordino della tenuta, gestione ed archiviazione della **documentazione sanitaria**;
- 11) Installazione di intranet aziendale, di una **cartella informatizzata** sulla salute nelle carceri e della cartella informatizzata per le dipendenze, SistER;
- 12) Definizione di procedure di **collaborazione ed integrazione di interventi col CGM**.

Nel corso dell'anno 2014 nelle tre strutture, sono stati registrati i seguenti dati:

Tab.74 - Numero "nuovi giunti"

CPA	Comunità Ministeriale	IPM
58	43	109

** elaborazione su dati SISIM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

All'ingresso a tutti gli utenti dei suddetti servizi sono state erogate le seguenti prestazioni sanitarie: visita d'ingresso ed esami di routine, compreso lo screening antitubercolare

Altre prestazioni sanitarie erogate nel corso dell'anno 2014

Tab.75 - Numero prestazioni-consulenze specialistiche interne

	CPA	Comunità Ministeriale	IPM
Ser.T - Dip. Patologiche	3	19	25
Psichiatria	0	0	5
Odontoiatria	0	0	83
Infettivologia	0	0	1

Tab.76 - Numero di valutazioni svolte dallo psicologo e dallo neuropsichiatra

	CPA	Comunità Ministeriale	IPM	Totale
Valutazioni neuropsichiatriche	0	0	23	23
Valutazioni psicologiche	76	36	78	190

Tab.77 - Dosi di vaccino somministrate

Vaccino anti ep. B	Vaccino anti difto tetano	Vaccino anti-influenzale
4	7	8

Tab.78 - Consulenze specialistiche ed esami strumentali esterni per ospiti IPM

Consulenze	
Pronto soccorso	23
RX	12
Visita dermatologica	6
Visita oculistica	7
Visita ortopedica	1
Visita cardiologica	2
Visita neurologica ed EEG	2
Ricoveri ospedalieri	3
Visita pneumologica	1
Visita odontoiatrica	1
Ecografia	3
Visita chirurgia vascolare	1
Totale	62

10. I progetti regionali e le azioni di sistema

10.1 Protocolli

10.1.1 Il protocollo d'intesa Regione Emilia-Romagna e Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria

L'assistenza sanitaria erogata a favore della popolazione detenuta viene attuata in una condizione del tutto specifica, unica nel panorama del SSN, all'interno di una Istituzione totale, gestita dal Ministero della giustizia, che ha quale mandato istituzionale, non solo quello del reinserimento sociale della persona detenuta, ma in prima battuta quello della custodia della persona, un mandato di sicurezza sociale. Tale peculiarità condiziona profondamente l'organizzazione e l'attività del Servizio sanitario, autonomo riguardo al proprio mandato istituzionale, costituzionalmente definito, ma imprescindibile da una costante relazione con altra Amministrazione pubblica.

La tutela e promozione della salute a favore della popolazione detenuta si basano su rapporto di leale collaborazione interistituzionale, sancito nell'Accordo in Conferenza unificata del 20/11/08; le stesse non possono prescindere dalla condivisione di procedure organizzative con l'Amministrazione Penitenziaria sia a livello regionale che aziendale. I rapporti di collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria inizialmente definiti dal Protocollo interistituzionale, di cui alla DGR n.1135 del 27/07/2011, sono stati aggiornati nel corso del 2014 da un Gruppo di lavoro interistituzionale (Determina D.G. Sanità e politiche sociali n.14956 del 19/11/2012), rilevata la necessità di apportare integrazioni e miglioramenti, esitati nella sottoscrizione di un nuovo protocollo d'intesa, di cui alla DGR N.1187/14⁸³.

Le parti concordano di **promuovere e favorire, nel rispetto delle singole autonomie e competenze, ogni utile e possibile iniziativa o intervento volti al raggiungimento di livelli assistenziali coerenti con gli obiettivi di tutela della integrità psico-fisica delle persone ristrette** attraverso la leale collaborazione interistituzionale delle amministrazioni coinvolte (art 1), che sola può garantire attuazione degli obiettivi conformi alle previsioni dei Piani sanitari/obiettivi di salute. Entrambe le Amministrazioni perseguono, quali obiettivi condivisi, il diritto alla salute inteso non solo come interventi di cura e risposta alle emergenze, ma anche come promozione della salute e benessere della persona nel suo complesso.

Sono definite **“Case di promozione e tutela della salute”** (Art. 2) i locali sanitari che, al pari dell'organizzazione territoriale, rappresentano all'interno del carcere un presidio dell'Azienda USL strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone detenute fin dal momento dell'accesso e basato sulla interdisciplinarietà e la condivisione dei percorsi assistenziali.

All'interno delle strutture penitenziarie sono **attivati tutti gli interventi idonei alla tutela della salute delle persone detenute e internate indipendentemente dalla posizione giuridica** (Art. 3), predisposti a cura delle Aziende Unità Sanitarie Locali a cui sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari, di concerto e, per quanto di competenza, con gli Istituti penitenziari dell'Amministrazione penitenziaria dell'Emilia-Romagna, attraverso lo specifico percorso clinico-assistenziale offerto alla popolazione detenuta definito nella Circolare regionale 15/2012 della D.G. Sanità e Politiche Sociali; è sancita l'assicurazione della collaborazione tra le direzioni delle Aziende USL e le per garantirne l'attuazione.

Le aziende USL devono comunicare nel dettaglio, alla direzione dell'IP, l'organizzazione dei servizi offerti ed eventuali aggiornamenti.

⁸³ Il testo integrale del protocollo è disponibili all'indirizzo <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

Le parti si impegnano a garantire il flusso dei detenuti e degli internati presso gli ambulatori, al fine di non rallentare l'attività sanitaria ed evitare l'inutile dispendio di risorse.

Le prestazioni sanitarie vengono erogate nel rispetto delle esigenze di sicurezza, preferibilmente all'interno degli Istituti Penitenziari (di seguito denominati IIPP) e, solo qualora non sia possibile garantire un'adeguata assistenza sanitaria in ambito intramurario, vengono effettuate presso le strutture sanitarie esterne nel rispetto del disposto di cui agli artt. 11 della legge 354/1975 e 17 del DPR 230/2000.

Vengono **disciplinate le modalità di accesso degli operatori sanitari** (art. 4) nel rispetto della normativa vigente in materia di autorizzazioni in maniera che non siano rallentate da prassi burocratiche-organizzative.

Sono **garantite autonomia professionale e osservanza delle norme previste in ambito penitenziario in materia di organizzazione e sicurezza** (art. 5) **per il corretto svolgimento dell'attività sanitaria** e la continuità dei percorsi terapeutici in un'ottica di globalità di intervento sulla persona detenuta o internata ed in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte nell'attività di gestione dei ristretti.

Viene disciplinata una **razionale programmazione nell'accesso ai servizi offerti dalle Aziende USL** (art. 6), che, in assenza di personale delle Aziende USL, può avvenire solo in caso di giustificati motivi e secondo modalità concordate attraverso protocolli locali.

Una novità è rappresentata dalla **regolamentazione dell'accesso del medico di fiducia** (art. 7) che garantisce l'autonomia del SSN che si riserva di esprimere parere favorevole all'utilizzo dei propri locali e attrezzature, così come sulla eventuale prescrizione di farmaci, nei limiti della compatibilità con le scelte della AUSL e degli standard aziendali, al fine di verificarne la compatibilità e l'appropriatezza.

Un'altra novità è rappresentata dalla **individuazione di ambienti e iniziative per la "Tutela della salute dei non fumatori"** (art. 8).

Inoltre, si prevedono **ambienti atti a favorire attività sanitarie intensive** (art. 9); da una parte uno specifico settore detentivo, possibilmente attiguo ai locali sanitari, da destinare all'accoglienza dei detenuti ed internati nuovi giunti, finalizzato alla **separazione tra nuovi ingressi e chi è già soggetto alle procedure di accoglienza** (screening. PAI, valutazione psicologica della durata di 14 giorni).

Per gli IIPP dotati di continuità assistenziale (H24) è prevista l'attivazione di una **sezione dedicata ad attività sanitaria di livello più intenso rispetto all'ordinario (polo di osservazione)**, al fine di un monitoraggio clinico più assiduo. Altro punto interessante la previsione di incontro tra sanitari e familiari delle persone ristrette, se necessario o richiesti, presso locali individuati ad hoc per il tempo necessario.

Le Direzioni degli Istituti penitenziari e le Aziende USL, nella consapevolezza dei distinti mandati istituzionali, si impegnano ad un reciproco rispetto degli **obblighi prescritti in materia di protezione dei dati personali dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.** (art.10), con installazione di proprie reti informatiche e telefoniche da parte delle Aziende USL.

Sono previste le **modalità di comunicazione e collaborazione nel caso di necessità di trasferimento** (art. 11), nel caso in cui l'Azienda USL competente certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie, presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda Sanitaria competente, definendo modalità affinché la persona sia trasferita nella sede dove è possibile garantire l'assistenza sanitaria più appropriata.

Altro punto qualificante la previsione di una **Carta dei Servizi**, quale patto fra soggetto erogatore e cittadino/utente, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli (art.12), che ogni AUSL, nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, deve adottare previa

consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

La garanzia della **riservatezza con cui deve essere conservata e custodita la documentazione sanitaria** è definita nell'art.13, secondo normativa vigente. Si definisce, inoltre, che lo svolgimento dei colloqui e delle visite mediche deve avvenire nel pieno rispetto della procedura sanitaria e delle condizioni di riservatezza, in modo da garantire il diritto alla privacy dei detenuti ed internati; punto questo di particolare delicatezza per il contesto in cui si opera, tenuto in scarsa considerazione nel periodo ante riforma.

Si arriva, quindi, all'art. 14 (**Trattamento e condivisione di dati**) che declina dettagliandoli uno ad uno i certificati che l'AUSL può redigere per l'Amministrazione penitenziaria, limitatamente a quei dati indispensabili per le finalità riconnesse ai rispettivi mandati istituzionali ed in ossequio alla normativa vigente in materia di accesso ai dati personali. Come già esposto, il trattamento dei dati sanitari, giuridici e penitenziari dei detenuti ed internati deve essere attuato nel rispetto delle norme in materia di privacy e delle procedure di sicurezza previste dall'ordinamento penitenziario.

A garanzia di una corretta gestione sanitaria della popolazione detenuta ed internata, i dati sanitari e quelli giudiziari vengono condivisi, con modalità tracciata, dagli operatori del servizio sanitario e dagli operatori penitenziari. Viene espressamente definito che gli accertamenti tossicologici eseguiti a fini di controllo, se non previsti o concordati all'interno di programmi sanitari non sono di pertinenza delle Aziende USL.

Sono previsti **programmi di intervento terapeutico trattamentale per detenuti ed internati con problematiche complesse** quali AIDS, problemi di salute mentale, tossicodipendenza, alcoldipendenza, ecc. (art. 17), con impegno delle due amministrazioni a sviluppare percorsi ad alto contenuto di integrazione interdisciplinare, anche attraverso attuazione di progetti specifici realizzati in collaborazione congiunta; nello specifico, le Direzioni degli IIPP si impegnano a formulare, di concerto con le Direzioni delle Aziende USL un **Piano di prevenzione locale in ossequio alle linee dettate in tema di riduzione di rischio suicidario dall'Organizzazione Mondiale della Sanità**, dall'Amministrazione Penitenziaria e dal documento congiunto "Programma operativo di prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili linee-guida 2014" (circolare n. 11/2014 Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna).

L'art 18 vede il reciproco impegno di Regione, Provveditorato regionale, Direzioni delle Aziende USL e le Direzioni degli IIPP per l'organizzazione di specifici programmi di formazione congiunta rivolti al personale sanitario e/o penitenziario operante nei presidi sanitari penitenziari con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale ed alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale di detenuti e degli internati. (art. 18)

Un articolo profondamente innovativo, in linea con la politica regionale sulla sanità penitenziaria è rappresentato dall'art. 20 "Promozione della salute", in cui si prevede che entrambe le Amministrazioni si impegnano a favorire l'attuazione del progetto "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la **presenza, nelle sezioni degli Istituti penitenziari, della figura del "Promotore di Salute"**, progetto unico in Italia finanziato dalla Regione nell'ottica di promuovere l'affermazione della medicina di iniziativa e l'*empowerment* della persona detenuta.

L'art. 21 afferma la continuità dei percorsi di cura, per cui **le Direzioni delle Aziende USL si impegnano a garantire la continuità dei percorsi di cura dei detenuti e degli internati**; tale articolo rappresenta una importante novità, assicurando che, a tal fine, le Direzioni delle Aziende USL e le Direzioni degli IIPP si impegnano a definire, a livello locale, modalità operative che garantiscano il colloquio con i sanitari per la

consegna ai detenuti ed internati all'atto del trasferimento in altre strutture o in procinto di essere scarcerati di una lettera di dimissione, ed eventuali altre indicazioni sullo stato clinico complessivo, e dei farmaci eventualmente necessari per la prosecuzione, nell'immediatezza, della terapia in corso.

Si ribadisce, con l'art. 24, la **costituzione di un Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP)** ex art. 112 del D.P.R. 230/2000, presso la Casa Circondariale di Piacenza, definendone le modalità di richiesta di trasferimento

Concludono il Protocollo gli articoli 25 e 26 su **Commissione paritetica interistituzionale e monitoraggio congiunto tra Sistema Sanitario Regionale e Amministrazione Penitenziaria.**

L'attività di analisi delle criticità ancora presenti nel sistema, svolto da una Commissione interistituzionale, dal confronto continuo con i responsabili di salute nelle carceri delle le Aziende USL, che sperimentano nella quotidianità gli elementi da migliorare e le criticità ancora presenti, ha permesso di conseguire un importante passo in avanti verso il conseguimento del comune obiettivo delle due Amministrazioni coinvolte, quello della tutela della salute delle persone detenute.

Ogni Azienda USL, dopo l'emanazione della DGR 1187/14, è stata chiamata ad aggiornare i propri Protocolli locali attenendosi strettamente alle indicazioni regionali ed ai principi lì affermati; nel corso del 2014 le Aziende USL hanno avviato i lavori.

10.1.2 La prevenzione del rischio suicidario

Tale tematica rappresenta in ambito penitenziario un argomento di forte rilevanza sociale ed etica; in carcere infatti le persone si suicidano con frequenza significativamente più alta che nel mondo libero e le Amministrazioni coinvolte, penitenziaria e sanitaria, hanno il dovere di promuovere ogni iniziativa utile alla tutela della vita degli individui detenuti. L'OMS con le **linee-guida emanate nel 2007** "La prevenzione del suicidio nelle carceri", ha definito "complesse" le cause del suicidio e ha indicato un "ampio numero di fattori", socio-culturali, disturbi psichiatrici, il substrato biologico, la genetica e lo stress sociale, che, interagendo, conferiscono un rischio elevato di suicidio. Ciò ha consentito di individuare gruppi ad alto rischio e, tra questi, anche la popolazione detenuta.

"Da una parte, le persone che infrangono la legge portano con sé diversi fattori di rischio per il suicidio ("importano" il rischio), e tra di loro il tasso di suicidio continua ad essere più elevato anche dopo la scarcerazione; inoltre, l'ambiente detentivo viene indicato quale avente un impatto nello sviluppo degli atti suicidari". In più la detenzione in sé e per sé è un evento stressante anche per i detenuti "sani" in quanto priva la persona di risorse basilari".

Ciò accade per una serie di fattori che l'OMS elenca quali fattori di rischio individuali e ambientali che, se presenti in qualsiasi combinazione, possono contribuire ad innalzare il rischio suicidario tra i detenuti:

- Gli Istituti di pena sono **luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili** che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio, ovvero giovani maschi, persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze e con storie di precedenti comportamenti suicidari.
- L'**impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione**, le **crisi di astinenza** dei tossicodipendenti, la **consapevolezza di una condanna lunga** o lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del detenuto medio e a maggior ragione di quello a rischio elevato.
- Non in tutti gli ambienti carcerari esistono **procedure formali o regolamentari per identificare e gestire detenuti con rischio suicidario**. In particolare, anche dove viene eseguito lo screening per gli indicatori di

- rischio elevato, spesso non vi è un adeguato monitoraggio del livello di stress dei detenuti e quindi vi è poca probabilità di identificare situazioni di rischio acuto.
- Anche laddove programmi o procedure adeguate sussistano, eventuali **condizioni di sovraccarico lavorativo per il personale o il loro mancato addestramento** possono talvolta impedire il riconoscimento dei segnali precoci di rischio suicidario.
 - Gli istituti di pena **possono essere esclusi dai programmi di igiene mentale di comunità** e avere dunque un limitato o assente accesso ai servizi psichiatrici.

Pertanto, la Regione, con le aziende USL e le Amministrazioni coinvolte, Penitenziaria e della Giustizia Minorile, ha impiegato un forte investimento per definire **Linee guida e indicazioni specifiche che potessero fornire strumenti operativi per gli operatori** per mettere in campo, a livello locale, azioni di prevenzione, individuazione delle situazioni a rischio e interventi nel caso in cui si manifesta un reale tentativo di suicidio.

Con determinazione n. 15582 del 29/11/11 del Direttore generale Sanità e Politiche sociali è stato costituito il **gruppo di lavoro per "la prevenzione delle condotte suicidarie nella popolazione a rischio: studio pilota"**. Tale Gruppo riguardava vari ambiti di intervento tra cui uno specifico sulla prevenzione del rischio suicidario in carcere, composto anche da personale dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile.

Il lavoro è stato lungo e complesso proprio per la volontà regionale di definire un Protocollo, che non fosse solo d'intenti ma che comprendesse anche procedure operative omogenee e utili alle singole realtà locali; l'individuazione di specifiche procedure condivise con altre Amministrazioni, l'integrazione di interventi da realizzare a cura di operatori appartenenti ad altre Amministrazioni ha richiesto molto tempo ed un paziente di lavoro di mediazione e negoziazione. Il valore aggiunto del lavoro congiunto è stato soprattutto la opportunità di inserire in un unico Programma procedure e interventi, tra i più validi delle diverse Amministrazione, puntando alla migliore integrazione possibile.

Il Protocollo, esitato nella Circolare del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n.11/2014⁸⁴, comprende una serie di aspetti:

Studi e Tassi, con allegati (dati, osservazioni, considerazioni, tratti dalla letteratura nazionale e internazionale sul suicidio in carcere) in cui, per comodità di consultazione i dati di letteratura sono raccolti in capitoli; più i riferimenti bibliografici.

I **dati di contesto** per offrire una visione evolutiva del fenomeno auto lesivo e suicidario si riportano i dati riferiti ai casi riscontrati negli anni dal 2008 al 2013: **Autolesionismo, Suicidi e Decessi nelle Carceri dell'Emilia-Romagna** (Fonte: elaborazione su DAP – Sezione statistica), **Tentati suicidi**.

Una **ricognizione dell'esistente**, da cui è emerso che ogni AUSL aveva già previsto proprie modalità per la valutazione del rischio e successivi interventi, in caso di positività, ma contemporaneamente la necessità di omogeneizzare e ricevere indicazioni di livello regionale più definite e pregnanti.

Un **programma** con i punti principali:

- **L'ingresso in carcere e il suo impatto emotivo**
L'arresto e l'ingresso in carcere, indipendentemente dallo stato psichico della persona, costituiscono fonte di stress emotivo e possibile cagione di destabilizzazione psicologica. La letteratura esaminata

⁸⁴ Il testo integrale del protocollo è disponibili all'indirizzo <http://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/carcere>.

concorda sulla necessità che venga effettuato uno screening sistematico nei confronti di tutte le persone condotte in istituto al fine di valutarne l'impatto.

- ***Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti***

- ***La gestione dei casi a rischio***

Come tutti i problemi complessi, anche in questo caso, la soluzione non potrà essere che un insieme di varie soluzioni variamente graduate in ragione di un diverso livello di rischio, mirate ad ottenere:

- nei momenti di acuzie un controllo più stretto;
- la previsione temporale del termine dell'intervento emergenziale;
- un periodico e frequente intervento sanitario finalizzato a valutare lo stato del soggetto;
- un livello di attenzione diffuso e consapevole non solo tra gli operatori ma anche tra gli stessi compagni di detenzione sia nella fase delle acuzie che nel periodo successivo che consenta l'instaurarsi di relazioni di sostegno significative;
- una procedura certa che codifichi tempi, modalità e responsabilità del ripristino di una gestione più ordinaria sino al definitivo divezzamento dall'intervento emergenziale;
- una serie di accorgimenti preventivi indicati nei punti che seguono.

- ***Alloggiamento***

Punto molto controverso, in quanto l'abitudine nel passato, da parte dell'Amministrazione penitenziaria, è stata quella di isolare la persona per meglio osservarla; ormai tale approccio è ritenuto inadeguato. Si è convenuto che, ognuna delle Direzioni degli istituti penitenziari, congiuntamente ai rispettivi Responsabili sanitari, individuerà uno o più locali ad hoc adibiti, da approntare adeguatamente in modo che le misure di tutela non determinino condizioni di per sé peggiorative della condizione della persona e al contempo consentano al personale penitenziario e sanitario di operare nel modo più efficace. Del processo di individuazione e delle sue motivazioni si dovrà dare atto formalmente.

In ogni caso, si afferma che, perché la situazione di tutte le persone detenute che presentino una forma di rischio, lieve, medio, alto, possa essere gestita nel modo più appropriato è, comunque, di fondamentale importanza una stretta collaborazione tra l'Amministrazione penitenziaria e il Servizio sanitario, così come indicato dall'OMS e riportato in letteratura.

- ***Disponibilità di oggetti pericolosi***

Anche tale aspetto è risultato molto difficile da affrontare, in quanto spesso l'Amministrazione penitenziaria esige che il medico di turno decida cosa la persona può o non può tenere con sé. La letteratura esaminata evidenzia il fatto che le modalità e gli strumenti impiegati dai suicidi in carcere sono fortemente correlati con le condizioni proprie della detenzione. Per tale motivo prestare attenzione agli oggetti in disponibilità delle persone a rischio, costituisce un'attività di prevenzione di non secondaria importanza.

Per altro verso è altresì necessario considerare che la privazione di alcuni beni può indurre ulteriori sentimenti di deprivazione nel destinatario già sofferente.

Nella predisposizione della tabella, al fine di contemperare tali contrapposte esigenze, si è prevista, solo per il livello di rischio alto, la limitazione, più che il divieto, dell'uso di alcuni oggetti secondo l'apprezzamento della direzione dell'istituto, che provvederà a disciplinarne l'uso in modo che questo non determini dei rischi concreti.

- ***La relazione con la famiglia e con il mondo esterno***

Il mondo esterno e, in particolare, i famigliari, possono essere utili per rinforzare la rete di aiuto intorno alla persona in difficoltà. Normativamente l'Ordinamento penitenziario e le successive direttive centrali (ad esempio circolare n. 32296 del 25.1.2010 della Direzione Generale Detenuti e Trattamento) consentono soluzioni giuridicamente legittime finalizzate ad aumentare i contatti con le famiglie e con i servizi, utili per far percepire all'interessato un legame tra l'interno e l'esterno.

- **Ascolto e supporto tecnico**

È demandato alle direzioni degli IIPP il compito di individuare quelle funzioni di livello adeguato tra il personale di Polizia penitenziaria che, per la loro significativa presenza in termini qualitativi e quantitativi, consentono una lineare e continua operatività. A loro sarà demandato il compito di ascoltare con la frequenza e le modalità che verranno ritenute più opportune coloro i quali hanno evidenziato una qualche forma di rischio. Tale sostegno si sostanzierà in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dell'interlocutore. È ovvio che tale ascolto si dovrà integrare con altri tipi di interventi ed approfondimenti svolti da professionalità diverse quali educatori, psicologi o volontari.

- **Comunicazioni**

Si è ritenuto opportuno graduare tali comunicazioni anche in ragione degli effetti e dei coinvolgimenti positivi che questo può avere nella gestione del caso, prevedendo dal rischio lieve e a quello attuale quali modalità comunicative utilizzare, anche nei casi più gravi nei confronti della Magistratura.

- **Dimissione**

Una volta attivato il processo di cautela ed attenzione si deve prevedere anche il suo termine e il ritorno ad un livello ordinario. Provvedimenti di cautela ed attenzione formali che in seguito non vengono rivalutati e riconsiderati inducono confusione nel personale per l'incongruenza tra gli allertamenti operati, l'assenza o la discontinuità degli interventi di supporto alla persona e lo stato effettivo della sua condizione. È necessario prevedere modalità di valutazione e procedure di attuazione finalizzate al progressivo ripristino di un normale regime detentivo in relazione alle condizioni della singola persona.

- **Grading del rischio**

Al fine di definire i Piani Locali di Prevenzione, sono indicati in una scheda i quattro livelli di rischio suicidario e le relative modalità procedurali di intervento, utili ad uniformare a livello regionale gli interventi ad opera del personale appartenente all'Amministrazione penitenziaria e ad integrarli con quelli propri del Servizio sanitario.

La scheda di grading considera i fattori clinici così come elencati nelle "Raccomandazioni della Regione Emilia Romagna per la prevenzione del suicidio nel territorio". Ad essi si aggiungono i fattori situazionali (C,D,E,F) specifici del Carcere, identificati dall'unica Revisione sistematica della letteratura sul suicidio in carcere⁸⁵.

I fattori clinici (A,B) e i fattori situazionali (C,D,E,F) sono considerati dal medico all'ingresso:

- nessun fattore, significa Assenza di Rischio;
- A+B del grado 1, Rischio lieve e richiesta di rivalutazione (*follow up*) del medico del carcere;
- A e/o B e/o D e/o E e/o F, Rischio medio e invio al tecnico della Salute Mentale (Psicologo/Psichiatra) che rivaluterà e ricollocherà eventualmente anche a Assenza di rischio il caso, oppure reinvierà a Rischio lieve (e quindi *follow up* del medico), oppure indicherà la consulenza dello Psichiatra del Carcere;
- A e/o B del grado 3, Rischio alto e richiesta di consulenza Psichiatrica. Se il Rischio alto è valutato

⁸⁵ "Suicide in Prisoners: A Systematic Review of Risk Factors" Fazel e altri, *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1721-1731.

attuale, la richiesta sarà di consulenza urgente.

Le indicazioni sui provvedimenti da prendere a seconda del livello di Rischio sono mutuare dalla SAD PERSON SCALE.

- **Formazione**

La formazione del personale penitenziario è considerata dall'OMS la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio, mediante corsi di aggiornamento con frequenza almeno annuale, rivolti in particolare al personale appartenente al Corpo della Polizia Penitenziaria che è presente nell'arco delle ventiquattro ore.

Elementi portanti saranno l'addestramento degli operatori e dei peer supporter in modo da affinare la loro sensibilità tecnica ed umana.

L'impegno preso prevede che le direzioni AUSL e le direzioni degli Istituti penitenziari organizzino periodicamente interventi formativi rivolti al personale sanitario ed agli operatori penitenziari, per la gestione del rischio suicidario, preferibilmente a livello congiunto; ciò con l'obiettivo principale di sviluppare nel personale una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione e supporto relazionale

- **Monitoraggio e valutazione**

In conclusione il Protocollo prevede che la diffusione e la conoscenza delle procedure siano oggetto di incontri/seminari, rivolti congiuntamente al personale delle due amministrazioni anche per approfondire il confronto e la valutazione dei programmi

In allegato, sono riportati Strumenti di valutazione del rischio suicidario in carcere nella letteratura indicizzata, frutto di una ricerca svolta, da uno psicologo professionista nelle carceri regionali, dal 1970 al 2013 e comprende 58 articoli di studi sul rischio suicidario in carcere in cui sono state utilizzate scale self-report o interviste (semi)strutturate.

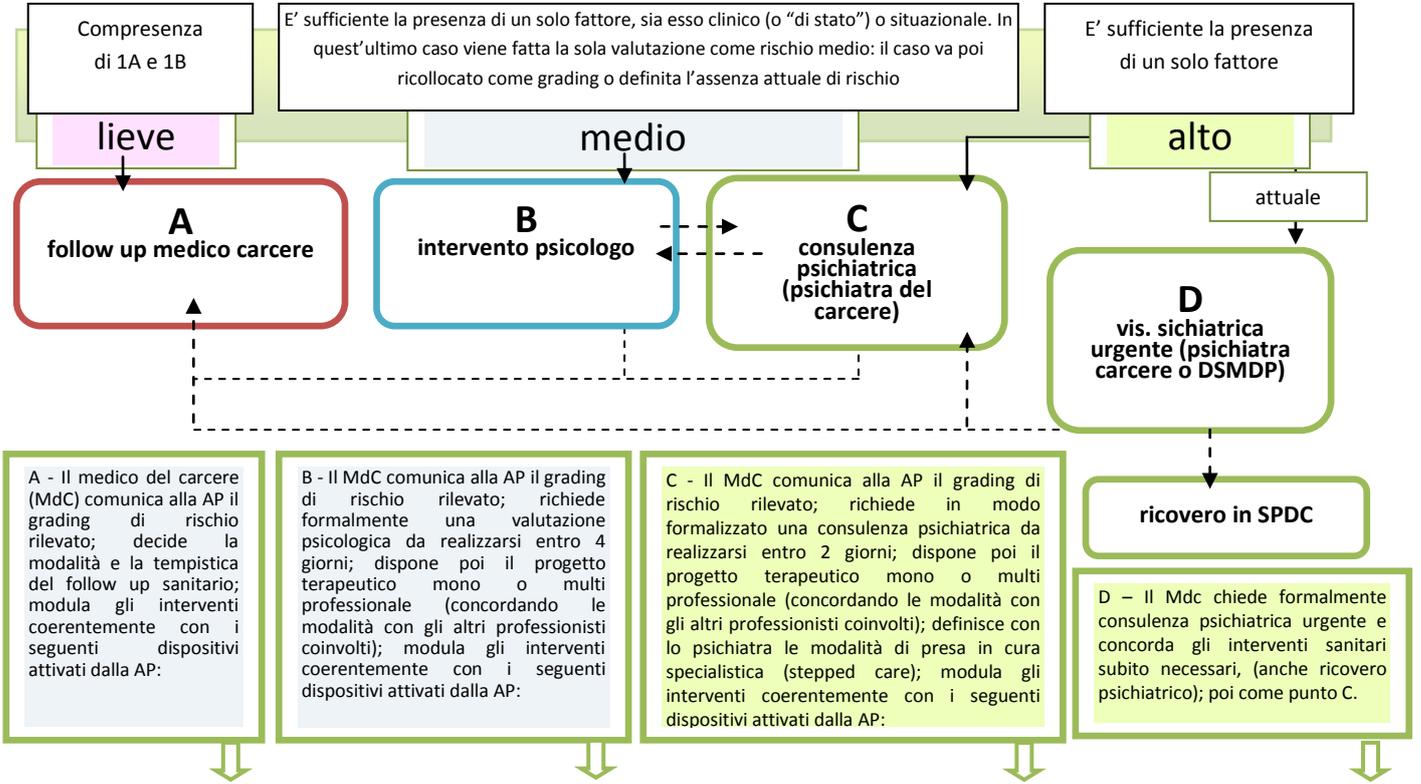
Gli strumenti individuati sono stati inizialmente raggruppati in due categorie principali: quelli che sono stati costruiti per valutare il rischio suicidario nello specifico ambito carcerario e quelli che, nati per valutare il rischio suicidario nella popolazione generale, sono stati utilizzati nell'ambito carcerario. Nessuno degli strumenti è stato costruito in Italia.

Sono, inoltre, allegate al protocollo delle schede sulle principali Scale di valutazione del rischio suicidario: Sami, Jsat, Hopelessness scale- bhs, Sad persons scale, Scale for suicide ideation, utili per sostenere i professionisti che svolgono interventi di valutazione del rischio suicidario nella scelta di strumenti idonei.

La sottoscrizione del Protocollo ha rappresentato un risultato difficile da raggiungere ma molto soddisfacente per entrambe le Amministrazioni; nel corso del 2014 le Aziende USL e le direzioni degli IIPP hanno avviato la definizione dei Protocolli locali.

Grading del Rischio

1 (fattori clinici)	2 (fattori clinici e fattori situazionali)		3 (fattori clinici)
A Fugaci pensieri di morte o di non voler vivere, infrequenti.	A Infrequenti pensieri di morte (o di voler morire) non facili da superare.	C Storia di tentativo di suicidio o di comunicazione di intento suicidiario	A Pensieri intensi di morte o di voler morire, dei quali sembra impossibile liberarsi.
B Nessuna pianificazione o minaccia di suicidio. Non vuole morire.	B Allusioni o minacce indirette di pianificazione. O ambivalenza circa il morire.	D Presenza di diagnosi psichiatrica	B Ha in mente una data / ora vicina. O minacce chiare. O non vuole vivere. O vuole morire.
		E Presenza di trattamento psicofarmacologico durante la detenzione	
		F Reato ad alto indice di violenza	



	Celle condivise (confronto con area sanitaria)	Celle ad hoc (confronto con area sanitaria)	Ricovero
ALLOCAZIONE			
CAUTELE		Limitazione dell'uso di oggetti quali Bombole di gas (per es. limitandone l'uso davanti al personale di polizia penitenziaria), lamette (consentendo in alternativa il servizio di barberia), cinture, lacci di scarpe, sacchetti di plastica, coperte, lenzuola, oggetti contundenti.	
ASCOLTO E SUPPORTO	Non strettamente tecnico a cura di personale di polizia penitenziaria addetto a funzioni di livello adeguato con presenza significativa, ad esempio preposto ai reparti e/o alla sorveglianza generale o analoghe figure. Tale sostegno si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari. Analogamente sono da prevedersi colloqui con educatori e volontari. In tutti i casi l'esito di tali colloqui, seppur sintetico, dovrà essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.	Non strettamente tecnico a cura di personale di polizia penitenziaria addetto a funzioni di livello adeguato con presenza significativa, ad esempio preposto ai reparti e/o alla sorveglianza generale o analoghe figure. Tale sostegno si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari. Analogamente sono da prevedersi colloqui con educatori e volontari. In tutti i casi l'esito di tali colloqui, seppur sintetico, dovrà essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico.	Non strettamente tecnico a cura di personale di polizia penitenziaria addetto a funzioni di livello adeguato con presenza significativa, ad esempio preposto ai reparti e/o alla sorveglianza generale o analoghe figure. Tale sostegno si sostanzia in generici colloqui tesi a verificare lo stato d'animo dei destinatari. Analogamente sono da prevedersi colloqui con educatori e volontari. In tutti i casi l'esito di tali colloqui, seppur sintetico, dovrà essere messo a disposizione dell'area sanitaria a corredo delle valutazioni di tipo clinico. Altra fonte di sostegno nel corso della quotidianità è rappresentata dal coinvolgimento dei compagni di detenzione (peer supporter)
COINVOLGIMENTO	Valutazione di ampliamento dei contatti con i congiunti.	Valutazione di autorizzazione di ulteriori colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come opportunità di favorire le attività sportive, ricreative e trattamentali.	Autorizzazione di colloqui e telefonate straordinarie con congiunti ed altre persone, così come l'inserimento in attività sportive, ricreative e occupazionali, anche volontarie e in deroga alle liste di collocamento.
		Specifiche ai congiunti e alle persone indicate dagli artt. 29 Ordinamento Penitenziario e 63 Regolamento Esecuzione pe loro coinvolgimento	
		Alla magistratura competente al fine di coinvolgerla	

Programma strutture per minori

L'ultima parte del documento è dedicata alla definizione di **procedure rivolte ai minori privati della libertà**. La riduzione del rischio autolesivo e suicidiario nelle strutture penitenziarie minorili pone immediatamente un problema di definizione rispetto ai gesti di autolesionismo e al tentativo di suicidio classicamente inteso. Il fenomeno del rischio suicidiario presenta aspetti differenti in ambito minorile dove si presentano numerosi casi di autolesionismo ma scarsi di tentativo di suicidio vero e proprio.

Nel periodo adolescenziale il bisogno di trasgressione e la voglia di mostrarsi "contro" il sistema costituito ne rappresentano una caratteristica precipua. All'interno di una struttura chiusa come il carcere questi aspetti possono amplificarsi al punto di reificarsi e trasformare in agiti questi aspetti di ribellione. Inoltre gesti autolesivi o tentativi di suicidio dimostrativi possono essere utilizzati per ottenere vantaggi rispetto alla propria situazione giudiziaria. La questione è ulteriormente complicata dal differente utilizzo che viene fatto dell'autolesionismo nelle diverse culture, in particolare quelle del Sud del mondo, ormai rappresentanti la maggioranza degli ospiti delle strutture carcerarie.

Con la definizione del Protocollo si sottolinea che **il Centro di Giustizia Minorile (CPA, IPM e Comunità Ministeriale) e il Servizio Sanitario Nazionale sono impegnati a lavorare congiuntamente per identificare e prevenire il più precocemente possibile ogni manifestazione di disagio** suggestiva di eventuali gesti autolesivi.

Il mandato di identificare un percorso di prevenzione rappresenta anche l'occasione di un lavoro sempre più integrato e congiunto fra le due aree, quella sanitaria e quella della giustizia dopo il DPCM, mettendo in evidenza come una buona integrazione debba riuscire a unire le istanze strettamente mediche con quelle di sicurezza, soprattutto elaborando un metodo di lavoro congiunto che prima sia scandito da norme e protocolli e, in un secondo tempo, si trasformi in un prassi consolidata.

Viene affermato che la costruzione di una cultura di attenzione di sistema e la condivisione dei diversi strumenti di lavoro si raggiunge attraverso **l'istituzione di regolari équipes congiunte**, sanitarie e della giustizia, che mantengano un monitoraggio continuo sui giovani detenuti; per favorire tali obiettivi vengono definiti un **Vademecum con fattori stressogeni**, fattori stressogeni contestuali indicatori primari rischio suicidiario e una **"scheda rilevazione rischio di agiti autolesivi** per minori afferenti alle strutture del CGM" appositamente dedicata e riportata nel protocollo

10.2 La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti penitenziari: profili epidemiologici e contesto ambientale - Progetto CCM 2013

La popolazione carceraria, in almeno il 60-70% dei casi, è affetta da patologie croniche già in giovane età (età media al di sotto dei 40 aa.). I dati epidemiologici evidenziano inoltre una popolazione svantaggiata rispetto ai determinanti della salute, caratterizzata da una fragilità socio-sanitaria ancora più evidente con il progredire dell'età. Questa situazione può essere ulteriormente aggravata dalle condizioni strutturali degli Istituti Penitenziari, non sempre ideali, e dal sovraffollamento. Su queste basi si può ipotizzare, come ulteriore negatività, il disagio dovuto agli eventi climatici e atmosferici, nelle stagioni estiva ed invernale.

Ogni anno nelle carceri italiane muoiono per cause naturali, in media, circa, 100 detenuti.

Le morti potrebbero riguardare presumibilmente soggetti che, pure in giovane età, potevano risultare portatori di patologie cardiovascolari, metaboliche, respiratorie, psichiatriche con co-morbilità importanti, in particolare con patologie infettive.

Partendo da questa osservazione è ipotizzabile che:

1) Persone detenute, che necessitano di assunzione di politerapie e di complesse modalità di gestione, potrebbero certamente trarre giovamento da specifici follow-up e programmi di prevenzione e promozione della salute monitorando per 1 anno le loro condizioni di salute in rapporto alle stagioni, al microclima e all'esposizione ad alcune variabili ambientali indoor.

2) Nei loro confronti andrebbe implementata la cultura della presa in carico anche secondo i modelli territoriali per la gestione delle patologie croniche, valutandone anche lo stile di vita e le abitudini alimentari, per poter influenzare positivamente l'andamento delle patologie prese in considerazione.

Con il contributo di 4 Regioni (Emilia-Romagna, capofila, Lombardia, Toscana, Calabria), del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (Ministero della Giustizia) e degli istituti penitenziari di:

- **Calabria:** Catanzaro, Reggio Calabria - Arghillà, Rossano
- **Emilia-Romagna:** Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Castelfranco Emilia, Bologna, Ferrara, Ravenna, Forlì, Rimini
- **Toscana:** Massa Carrara, Pisa, Volterra
- **Lombardia:** Milano Opera, Milano Bollate, Pavia

è stato definito un programma di monitoraggio delle patologie croniche non trasmissibili prevalenti in carcere con i seguenti obiettivi:

- definire modalità di valutazione dello stato di salute di soggetti portatori di alcune patologie croniche in relazione a criticità ambientali (per esempio, ondate, di calore, microclima);
- introdurre attraverso la definizione di profili di salute eventuali strategie per il controllo di malattie croniche non trasmissibili;
- condividere tra le Regioni partecipanti un data-base per la raccolta di informazioni sanitarie individuali dei detenuti, anche a partire dai sistemi gestionali già presenti (es. SISP della Regione Emilia-Romagna).
- Il gruppo di lavoro ha progettato un percorso per permettere alle Regioni di individuare le soluzioni e condividere strumenti e modelli di riferimento; questo per garantire il coinvolgimento di diversi *stakeholders*.

Analisi delle condizioni di salute dei detenuti

Il progetto prevede l'arruolamento dei detenuti, portatori di almeno una patologia, tra quelle individuate, con una previsione di ≥ 12 mesi di detenzione al momento di avvio dello studio. Per ogni soggetto arruolato dati saranno raccolti trimestralmente, a partire dal 1 giugno 2015 fino al 31 maggio 2016.

Le patologie oggetto di rilevazione sono le seguenti:

- patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica)
- dislipidemie
- patologie respiratorie (BPCO, enfisema, sindrome delle apnee notturne)
- patologie metaboliche (diabete mellito tipo I e tipo II)
- patologie psichiatriche
- patologie degenerative.
-

La raccolta dei dati, previa registrazione di uno specifico consenso avverrà con le seguenti modalità:

- questionario iniziale per la raccolta di informazioni anagrafiche (età, genere, cittadinanza), data inizio pena, livello istruzione, abitudine al fumo, peso/altezza, attività fisica, tipologia di cella, regime alimentare;
- raccolta periodica (trimestrale) dei dati relativi al follow-up delle patologie considerate; lo schema di follow-up sarà specifico per ogni patologia ed elaborato utilizzando le linee guida in uso e secondo le necessità emerse o emergenti dalla storia clinica delle persone detenute arruolate, rilevabile tramite la cartella clinica informatizzata dei dati;
- questionario di carattere generale proposto all'inizio e al termine del progetto per raccogliere item specifici;
- i dati verranno raccolti tramite la cartella clinica informatizzata o in alternativa, almeno inizialmente con un data-base dedicato;
- le Regioni, attraverso il proprio sistema informativo o acquisendo il software messo a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna, trasmetteranno tutti i dati raccolti al Servizio di Epidemiologia dell'Azienda Usl di Modena che provvederà, in collaborazione con le Regioni partecipanti al progetto, alla elaborazione dei dati e alla produzione dei profili di salute per le persone detenute nelle carceri partecipanti;
- i dati sanitari raccolti all'interno degli Istituti saranno integrati con le informazioni relative alle cause di morte per i detenuti deceduti in Italia durante il periodo dello studio.

Analisi delle condizioni ambientali

Le condizioni microclimatiche, in particolare le ondate di caldo o freddo, hanno una notevole influenza sulle condizioni di salute dei soggetti esposti, in particolare se portatori delle patologie prese in considerazione in questa ricerca.

La letteratura a riguardo evidenzia l'influenza di numerosi fattori ambientali sullo stato di salute delle persone, caldo, umidità, freddo, fumo, monossido di carbonio, composti organici volatili, e altre sostanze, che caratterizzano l'ambiente indoor in particolare nelle comunità confinate.

Il gruppo di lavoro ha deciso di monitorare i seguenti parametri ambientali:

- temperatura,
- umidità,
- monossido di carbonio,
- VOC composti volatili organici.

Il monitoraggio riguarderà tutti gli Istituti penitenziari coinvolti nello studio ed avrà durata di un anno; gli ambienti carcerari nei quali effettuare le misurazioni saranno identificati, in ogni carcere, dagli Enti coinvolti nel progetto (Regioni, Aziende Sanitarie, Amministrazione penitenziaria).

Per quanto riguarda i parametri fisici, l'analisi prevede anche il confronto della situazione rilevata negli Istituti penitenziari rispetto alla situazione climatica del territorio di riferimento.

Per agevolare la raccolta dei dati e consentire un confronto affidabile dei risultati delle rilevazioni negli Istituti penitenziari, il gruppo ha deciso di affidare la rilevazione a un soggetto esterno, selezionato tramite gara dalle istituzioni locali e nazionali.

Esito delle analisi

I dati sanitari saranno analizzati congiuntamente a quelli del monitoraggio ambientale per valutare l'impatto delle condizioni climatiche sulla salute dei detenuti e sull'evoluzione delle patologie croniche.

In un secondo tempo il gruppo di lavoro definirà:

- le Linee guida operative sulla riduzione dei rischi e sulla gestione delle emergenze dovute a possibili fattori microclimatici;
- il materiale per la realizzazione di percorsi formativi per il personale sanitario e penitenziario.

10.3 Il progetto Promotori di salute in carcere

Con il passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (DPCM 1/04/2008) si afferma «il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati sottoposti a provvedimento penale».

La popolazione detenuta è caratterizzata da molteplici appartenenze etno-culturali, differenze linguistiche, scarse conoscenze sanitarie, povertà (non solo materiale), scarsa considerazione del proprio corpo come custode del proprio benessere, basso livello di alfabetizzazione, carente attenzione alle basilari norme di prevenzione. A ciò si aggiunge la condizione di reclusione in una istituzione totale, con mancanza di movimento se non alle dipendenze di altri e l'elemento della 'patogenicità della detenzione' (patologie contratte a causa o durante la permanenza in carcere, sovraffollamento, promiscuità).

Paradossalmente, però, il carcere può essere un luogo in cui 'imparare ad usare i servizi' o a riflettere sui propri comportamenti salutari; non è raro che la persona si accosti ad un servizio sanitario per la prima volta proprio in carcere. In aggiunta occorre evidenziare come spesso presso il Servizio sanitario del carcere confluiscono richieste di aiuto in merito a diverse tipologie di disagio o malessere del paziente non legate a specifiche malattie organiche; ciò è dovuto alla necessità dei detenuti di avere momenti di ascolto, di sostegno psicologico o di sollievo.

Si è andata, pertanto, evidenziando, a livello regionale, la necessità di una trasformazione dell'intervento sanitario, passando dalla semplice attività di assistenza medica di attesa ad una medicina d'iniziativa, con un approccio che comprenda anche interventi strutturati di promozione della salute; è stato dunque avviato un progetto sperimentale di durata biennale (novembre 2012-ottobre 2014), finanziato dal Ministero della salute in partnernariato con regioni Veneto e Lombardia. Le attività dei promotori di salute nelle carceri dell'Emilia Romagna sono state poi finanziate, in continuità con il Progetto Ministeriale, per gli anni 2015 e 2016.

Il progetto si propone di promuovere una maggiore equità nella tutela della salute delle persone recluse attraverso un miglioramento della capacità di prendersi cura di sé e l'adozione di stili di vita salutari. Gli obiettivi specifici sono:

- Promuovere e incrementare la rete socio-sanitaria e supportare le attività per la continuità assistenziale;
- Migliorare la comunicazione operatore sanitario/paziente;
- Diversificare le richieste di aiuto delle persone detenute distinguendo le differenti tipologie di disagio o malessere, non sempre dovute a specifiche patologie organiche;
- Incrementare il livello di informazione sanitaria e sviluppare le competenze individuali e collettive diffondendo e amplificando la conoscenza dei servizi offerti dal SSN sia in carcere che all'esterno.

Il Promotore di salute in carcere opera in prossimità dei luoghi di vita dei detenuti; il suo profilo professionale lo colloca tra le specifiche figure 'di prossimità', come l'Agente di salute o l'Operatore di strada. È una "figura ponte", di raccordo, 'fa rete' dentro/fuori dal carcere e fa manutenzione della rete; è "di snodo" (e non perno): raccoglie, amplifica, raccorda. È un facilitatore e sa gestire gruppi; è un operatore che svolge funzioni di informazione e sensibilizzazione. Il suo lavoro di basa sulla relazione.

I promotori sono stati individuati in base a specifica esperienza svolta in servizi di prossimità (unità di strada, *peer education*), mediazione, Servizi rivolti alle persone in situazione di svantaggio, rivolti a gruppi fragili, ecc., Servizi/attività realizzati in carcere.

Sono state formate oltre 20 persone; i moduli formativi hanno permesso di acquisire conoscenze generali circa i presupposti di equità e diritto alla salute, in base ad una prospettiva 'di rete', di integrazione tra politiche e tipologie di interventi. Si è trattato di comprendere i significati sottesi al concetto di equità in sanità, di diritto alla salute, che dipende dal contesto, dalle persone, dai bisogni singolarmente espressi; di conoscere i principali interventi di promozione della salute, con particolare riferimento alle attività comunitarie e alle tipologie di interventi di prossimità sperimentati/sperimentabili in carcere. Si sono sviluppati momenti formativi specifici per approfondire le implicazioni del passaggio delle competenze della medicina penitenziaria al SSN e per conoscere le principali caratteristiche, dal punto di vista epidemiologico, della popolazione detenuta, nonché per conoscere nei suoi aspetti essenziali il sistema di giustizia penale nazionale, per essere in grado di cogliere quali problemi e criticità sono presenti in carcere e come questi possano incidere sulla propria pratica professionale. Ulteriori tre moduli hanno permesso di potenziare le capacità di lettura del bisogno, conoscere i principali temi ed aspetti legati al saper progettare interventi di promozione della salute con il coinvolgimento attivo dei destinatari, all'essere in grado di relazionarsi in contesti di multiculturalità. Infine, un modulo di autoformazione ha permesso di conoscere l'Istituto Penitenziario, l'organizzazione del servizio intramurario ed i collegamenti con i servizi territoriali esterni.

Organizzazione ed attuazione dell'intervento nel singolo Istituto Penitenziario

Sono coinvolti tutti gli Istituti penitenziari presenti in Emilia-Romagna. In Regione operano attualmente 17 Promotori di Salute, suddivisi in modo differente rispetto alle caratteristiche e dimensioni degli IIPP.

Tab. 79 - Promotori di salute in Emilia-Romagna

II.PP	N° Promotori di Salute operativi in IP	N° h/settimana (media)
CC Piacenza	3	40
CC+CR Parma	2*	30
CC Reggio Emilia	1*	15
CC Modena	2	30
CL Castelfranco (MO)	1	10
CC Bologna	4	60
CC Ferrara	2	20
CC Forlì	1	10
CC Ravenna	1	10
CC Rimini	1	10

**Il Promotore in IP a Reggio Emilia è presente in IP anche a Parma*

La fase di attuazione dell'intervento, svolta nei singoli Istituti, può essere schematicamente riassunta in 7 diversi passaggi operativi, che vanno dal momento dell'inserimento della nuova figura in area sanitaria (conoscenza del personale sanitario, condivisione degli aspetti operativi e degli interventi da sviluppare, definizione dei tempi e spazi dell'intervento, mappatura risorse e reti attivate e da attivare in tema di promozione di salute in carcere) a quello di informazione e comunicazione interna (presso i detenuti, la direzione dell'Istituto, gli agenti di Polizia Penitenziaria, ma anche volontari insegnanti di scuola...), due azioni strategiche per garantire poi un concreto avvio delle attività e della periodica valutazione.

Fase di implementazione in Istituto Penitenziario

1	Inserimento in staff della/delle unità operativa/e
2	Reperimento/ Allestimento spazi
3	Mappatura delle reti-risorse
4	Informazione/comunicazione. Distribuzione materiale, presa di contatto attori interni e/o esterni
5	Programmazione interventi e attività
6	Realizzazione interventi: attività individuali e/o di gruppo di promozione della salute
7	Valutazione degli interventi effettuati; servizi promossi e reti attivate

Le attività comuni sviluppate in IP possono essere accorpate in due 'filoni di intervento':

- 1) Attività di gruppo: Gruppi di promozione della salute con detenuti;
- 2) Colloqui individuali, strutturati spesso in Sportelli di ascolto e/o di informazione

Attività svolte dai Promotori di Salute

1) Gruppi di promozione della salute con detenuti

La partecipazione dei detenuti agli incontri è avvenuta su base volontaria ed è stata svolta una rilevazione presenze ad ogni singolo incontro. In generale i promotori valutano le attività realizzate in modo positivo:

- "i detenuti hanno partecipato volontariamente ai gruppi, questo ha permesso e prodotto una maggiore partecipazione e interesse. L'interazione con i detenuti è sempre stata molto attiva e positiva, poiché il gruppo è un buon strumento di discussione, confronto e scambio. Le tematiche spesso sono nate dal gruppo stesso. I gruppi offrono uno spazio molto importante per i detenuti in cui nascono esigenze e bisogni di dar voce al proprio sentire e vissuto"
- "il confronto tra le rilevazioni iniziali e quelle in itinere e conclusive, realizzate, ha mostrato, nella maggioranza dei partecipanti, il passaggio da una posizione più implicita e passiva, nei confronti della propria salute, a una più esplicita e consapevole".

I gruppi hanno rappresentato a tutti gli effetti un 'contenitore' in grado di soddisfare esigenze di informazione, di partecipazione e di confronto; gli argomenti trattati sono stati svariati: concetto di salute, benessere e malessere; igiene personale; igiene orale; fumo e alcol; alimentazione; le sostanze stupefacenti; malattie trasmissibili- malattie e patologie comuni negli ambienti carcerari-; patologie croniche quali diabete ed ipertensione; la gestione della rabbia; la gestione delle emozioni; l'attività fisica; le tecniche di rilassamento; il training autogeno; le sostanze psicotrope e il gioco d'azzardo.

2) Colloqui individuali

Colloqui faccia a faccia su temi riguardanti la salute psico-fisica del detenuto, sulle attività dell'area sanitaria, con persone rifiutanti screening, con Nuovi Giunti, con azioni di supporto mirate nei confronti del singolo soggetto.

In generale i Promotori evidenziano un riscontro positivo e, via via, richieste di colloqui numericamente in aumento:

- “si è riscontrato un primo interessamento da parte dei detenuti, curiosi di capire l'utilità dello sportello e della nuova figura del Promotore di Salute. Si è registrato anche un minor afflusso all'area sanitaria per pratiche e consulenze non strettamente mediche”.
- “nel breve tempo della costruzione della relazione con i detenuti sono emerse richieste specifiche in ambito sanitario che veicolate al promotore della salute hanno contribuito al raggiungimento di due obiettivi essenziali: l'alleggerimento del carico di lavoro dell'infermeria e il miglioramento qualitativo della vita del detenuto e della percezione del buon funzionamento della struttura sanitaria interna. Le richieste pervenute al promotore della salute sono state di chiarimento principalmente rispetto ad analisi ematiche effettuate, allo stato delle vaccinazioni e degli screening proposti e/o accettati o non accettati. In questo modo, facendo riferimento ad una figura leggera e non connotata in senso strettamente sanitario-specialistico il detenuto ha potuto ricevere l'informazione desiderata senza l'iter consueto di accesso all'infermeria e senza dover impiegare risorse sanitarie che hanno potuto concentrarsi su questioni maggiormente significative, dal punto di vista clinico”.

Oltre ai contatti in attività di Sportello informativo/di ascolto, ove previsto (in sezione a Bologna, Modena, Piacenza ma in larga parte attivo presso le aree sanitarie degli IIPP), si aggiungono i contatti individuali con persone detenute, non programmati, di ascolto e sostegno emotivo:

- “sono stati effettuati colloqui individuali di ogni tipo e in ogni dove: in sezione, in infermeria, nei corridoi, allo spaccio con i semiliberi che puliscono i locali Si riconosce che i detenuti, col passare del tempo, hanno preso sempre più confidenza col promotore di salute , e hanno richiesto – in via formale o meno – un colloquio o semplicemente espresso un bisogno non raccolto in altra sede, con più frequenza rispetto ai primi mesi, riconoscendone il servizio e l'utilità.”

I colloqui sono anche momenti preziosi per la raccolta dei bisogni. Già da i primi contatti è emerso fortemente il “bisogno di ascolto: sono ricevuti a colloquio detenuti che non avevano problemi di carattere medico, ma che hanno chiesto di parlare con il Promotore di Salute”.

Contenuto delle attività svolte a livello individuale

PROMOZIONE DI STILI DI VITA	<ul style="list-style-type: none"> • sostegno a stili di vita più sani, cosa sono, perchè promuoverli cosa significa e come prendersi cura di sé • alimentazione • attività fisica, importanza del movimento in ogni occasione della giornata • pulizia della cella • diminuzione dell'uso del tabacco
INFORMAZIONI SU MALATTIE INFETTIVE E SCREENING	<ul style="list-style-type: none"> • l'importanza della prevenzione, info su modalità di trasmissione delle malattie infettive, info su HAV, HBV, HCV, HIV, TBC • le possibilità di effettuare degli screening
COLLOQUI DI SOSTEGNO AL PERCORSO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE/ MEDIAZIONE CON L'AREA SANITARIA - INFORMAZIONI SUI SERVIZI SANITARI	<ul style="list-style-type: none"> • richiesta su visite specialistiche • accoglienza richieste/bisogni che non trovano immediata rispondenza nella "burocrazia" sanitaria • richiesta di informazioni circa attese per visite ed esami • info inerenti l'accesso alle cure per salute fisica e psicologia – relazionale
INFORMAZIONI SU PERCORSI AMMINISTRATIVI/SOCIALI	<ul style="list-style-type: none"> • domande di pensione o d'invalidità • orientamento al personale competente (inserimento all'interno di un programma del Ser.T, cambiare il proprio avvocato, come contattare la propria famiglia). • interventi di mediazione nella richiesta di informazioni inerenti cartelle cliniche e certificati.
SOSTEGNO EMOTIVO/ASCOLTO	<ul style="list-style-type: none"> • colloqui su tematiche personali e/o sanitarie

Infine appare opportuno segnalare alcune "azioni specifiche" caratterizzanti le attività di promozione della salute in alcuni Istituti Penitenziari: Analisi dei bisogni individuali e di comunità; Accoglienza informativa rivolta ai Nuovi Giunti; Attività psicomotorie all'aperto; Gruppi di auto mutuo aiuto; Gruppi psicoeducativi; Monitoraggio screening colon retto; Campagne di informazione e sensibilizzazione.

Una valutazione non solo quantitativa

Nei 10 Istituti coinvolti (periodo marzo-dicembre 2014) sono stati svolti quasi 3.800 interventi individuali, oltre 130 interventi di gruppo a cui hanno partecipato circa 1620 persone. Gli incontri continuativi (previsto più di un incontro) interessano oltre la metà delle azioni gruppali e dimostrano nella maggior parte dei casi una buona capacità di tenuta.

In generale, gli interventi sono stati erogati nel 44% dei casi a persone di origine italiana e nel 56% a persone con cittadinanza straniera. Le cittadinanze più rappresentate, dopo quella italiana, sono la Tunisina e la Marocchina (10%), la Rumena (7%) e l'Albanese (5%). Per quanto riguarda la distribuzione per età, le classi di età più rappresentate nel campione sono 36-45 anni (31%) e 26-35 (27%).

Il piano di valutazione del progetto doveva coniugare diversi livelli d'azione: da una parte, monitorare e valutare le singole esperienze locali; dall'altra tentare una valutazione trasversale, sulla base di elementi comuni ai vari progetti locali e che riprendessero gli obiettivi e gli indicatori presenti nel progetto esecutivo finanziato dal CCM.

Si è ritenuto importante prevedere nel piano di valutazione del progetto la presenza di indagini qualitative volte ad indagare la capacità del Promotore di salute di raccogliere bisogni di salute dei detenuti che altrimenti non sarebbero stati intercettati e le potenziali ricadute dell'esperienza progettuale sul contesto carcerario.

Gli strumenti utilizzati a questo scopo sono i *Focus Group* e le interviste individuali.

Sintetizzando i risultati delle due indagini, dai Focus Group emerge come la figura del promotore di salute sia stata accolta e rapidamente integrata nelle attività delle equipe sanitarie locali riportando un buon livello di soddisfazione delle azioni svolte da parte degli operatori sanitari, degli agenti di polizia penitenziaria e dei detenuti stessi. La facilità di integrazione testimonia in parte lo spazio all'interno dei percorsi assistenziali in carcere di un ruolo per una figura come quella del Promotore di Salute. Dalle interviste individuali emerge la soddisfazione per la sperimentazione del Promotore di Salute quale figura capace di relazionarsi in maniera più semplice, meno formale, più flessibile, mantenendo però il focus sulla salute.

Dai Focus Group e dalle interviste inoltre emerge il riconoscimento del ruolo del Promotore di salute quale collettore di bisogni di salute altrimenti inespresi o difficilmente affrontati.

Dal punto di vista quantitativo, sulla base degli obiettivi e degli indicatori presenti nel progetto esecutivo CCM 2012, sono state costruite tre linee di azione trasversali ai progetti specifici di ciascun Istituto che mirassero a valutare il ruolo del Promotore di salute nel migliorare alcuni *outcome* sanitari e assistenziali desiderati.

Le tre azioni trasversali attivate sono:

- 1) Promozione della differenziazione delle richieste assistenziali.
- 2) Promozione dell'adesione agli *screening* infettivologici in ingresso.
- 3) Prevenzione del rischio cardiovascolare in persone detenute attraverso un percorso multidisciplinare di presa in carico e promozione del cambiamento.

In riferimento al punto 1 (PROMOZIONE DELLA DIFFERENZIAZIONE DELLE RICHIESTE ASSISTENZIALI) si è registrato un calo numerico delle richieste di visita per motivazioni non clinico –sanitarie a fronte di un servizio di informazione ed ascolto dei bisogni maggiormente diversificato (sportelli informativi, di ascolto, colloqui individuali, ...).

Per quanto riguarda la PROMOZIONE DEGLI *SCREENING* INFETTIVOLOGICI IN INGRESSO, i Promotori di salute hanno lavorato sull'indicatore: numero adesione screening di natura infettivologica /numero totale dei detenuti Nuovi giunti >60% . Negli istituti dove il progetto ha avuto luogo come da proposta, si osserva una generale efficacia degli interventi di recall dei non aderenti (dal 65% fino al 100%). Negli Istituti piccoli e in quelli con una organizzazione del lavoro che consente spazio per la relazione i rifiuti sono bassissimi e l'attività del Promotore di Salute in tal senso 'non indispensabile'.

Infine, in riferimento al programma per la PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE, sono state realizzate iniziative di prevenzione del rischio cardiovascolare in tutti gli Istituti. Negli Istituti in cui le persone a rischio cardiovascolare sono state incluse negli interventi del promotore di salute, l'aderenza alla proposta (ovvero la partecipazione a tutto il ciclo previsto) è stata superiore al 50%, obiettivo stabilito da progetto .A fronte del tempo necessario ad innescare cambiamenti misurabili sul paziente, si è pensato di esplorare la percezione del personale sanitario di cambiamento in alcuni parametri di qualità della relazione terapeutica e dell'assistenza in persone che hanno seguito in maniera continuativa gli interventi nei Promotori di Salute (RILEVAZIONE SU UN CAMPIONE DI 168 DETENUTI). Si sono registrati miglioramenti nella comunicazione sanitaria (70%), nell'alleanza terapeutica (43%) e nell'aderenza alle terapie (38%). Nel 57% dei casi le persone

prese in esame hanno migliorato il tono dell'umore mentre circa l'impatto su alcuni comportamenti a rischio o condizioni di salute, si è registrato che: il 17% delle persone ha modificato le proprie abitudini alimentari, il 18% ha aumentato i livelli di attività fisica, il 6% (10 persone) ha smesso di fumare mentre altre 6 persone hanno ridotto il numero di sigarette fumate. Infine emerge che le persone che sono state inviate agli interventi del Promotore di Salute dal personale sanitario hanno esiti migliori rispetto agli indicatori di qualità dell'assistenza di coloro che hanno partecipato autonomamente: l'interessamento del personale sanitario contribuisce a migliorare gli aspetti relazionali dell'assistenza, a loro volta profondamente coinvolti nell'aderenza alla terapia ed ai suoi esiti.

10.4 La cartella clinica informatizzata unica regionale SISP e la formazione dei professionisti

Con il passaggio delle competenze della tutela della salute dei detenuti dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, uno degli aspetti su cui la Regione Emilia-Romagna ha particolarmente investito è la cartella sanitaria unica regionale per la gestione delle informazioni sulla salute dei pazienti. Lo stesso DPCM 1/04/2008 evidenzia come necessario l'attivazione di un «sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate», con l'obiettivo di rispondere principalmente alle funzioni di supporto alle attività cliniche per i pazienti detenuti e per la programmazione regionale.

Dal 2013 in tutti i Servizi di salute nelle carceri della Regione Emilia-Romagna è operativa la cartella clinica informatizzata SISP – Sistema informativo sanità penitenziaria della Regione Emilia-Romagna costruita dalla società *in house* CUP2000. Il 2014 può dirsi l'anno di effettivo consolidamento della cartella clinica, che può definirsi uno strumento fondamentale per la gestione delle informazioni cliniche sui pazienti.

La cartella informatizzata SISP è oggi una parte essenziale del sistema informativo della Salute nelle carceri, in quanto si avvale delle migliori tecnologie informatiche per la generazione, circolazione e utilizzo rapido delle informazioni.

È un valido strumento per il miglioramento della qualità nella cura dei detenuti, garantisce che i processi sanitari vengano presidiati nonché la riduzione degli errori sanitari. È inoltre fondamentale per sviluppare, modificare e adeguare l'organizzazione della salute nelle carceri, in quanto presidia alcune regole, procedure e responsabilità nella gestione delle attività cliniche e supporta la programmazione locale attraverso la disponibilità di un flusso di informazioni rapidamente prodotte.

Nel corso del 2014 SISP è stato dotato da un articolato ed efficiente sistema di estrazione dei dati sugli utenti; è possibile rilevare molte informazioni sulle attività cliniche erogate ai detenuti, ma anche sulle attività cliniche non erogate (es. utenti senza esami). Queste informazioni sono utili a tre diversi livelli: al clinico, per presidiare le attività cliniche erogate/non erogate ai pazienti, a chi gestisce la struttura per monitorare le attività svolte e poter meglio progettare gli interventi, per supportare la programmazione regionale.

Estrazioni informazioni SISP – Liste utenti

Altro rilevante aspetto è il completamento della scheda di Screening infettivologico in SISP. Ogni operatore del carcere ha una immediata e fondamentale sintesi su tutte le malattie infettivologiche del paziente, sugli esami effettuati e i risultati ottenuti.

Screening infettivologico SISP

Esito screening infettivologico ?

31/08/2015 14:58:36 - Dati salvati con successo

[INDIETRO](#)

Data evento* (Data Refertazione)

31/08/15 14 : 57

Si consiglia la visita dallo specialista infettivologo, clicca [qui](#) per prescrivere.

Marker	Esito	Valore
MANTOUX	POSITIVO	10 mm
HBsAg	POSITIVO	
HBsAb	POSITIVO	12 U/ml
HBcAb (CORE)	NEGATIVO	
HCV-Ab	NEGATIVO	
HCV-RNA	NON EFFETTUATO	U/ml
HIV	NEGATIVO	
RPR	NEGATIVO	1: <input type="text"/>
TPHA	NEGATIVO	1: <input type="text"/>
HAVAb-IgG	NON EFFETTUATO	
HAVAb-IgM	NON EFFETTUATO	
HDAb	NON EFFETTUATO	
HEVAb	NON EFFETTUATO	

Tutta l'attività di sviluppo della cartella SISP è stata accompagnata da un percorso formativo realizzato da CUP2000 sia presso i Servizi aziendali sia presso le sedi della Regione Emilia-Romagna. Nel corso del 2014 è stata realizzata la seconda fase di formazione su SISP, in particolare sulle novità introdotte con gli ultimi sviluppi. Sono state erogati 15 corsi complessivi a 181 operatori.

Tab.80 - Formazione sul sistema informativo SISP realizzata nel 2014
al personale dell'Area sanitaria degli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna

Progetto	Ente	tipologia corso	numero corsi	numero prof. partec.	numero prof. previsti
SISP	Ausl di Piacenza	SISP – Evoluzioni anno 2014	1	15	-
SISP	Ausl di Modena	SISP - Evoluzioni anno 2014	2	21	21
TOTALI AVEN			3	36	21
SOLE	Ausl di Ferrara	SISP - Evoluzioni anno 2014	4	45	54
TOTALI AVEC			4	45	54
SISP	AUSL della Romagna Sede di Rimini	Incontro informativo/formativo con operatori sanitari	1	10	-
SISP	AUSL della Romagna Sede di Forlì	Incontro informativo/formativo con operatori sanitari	1	12	-
SISP	AUSL della Romagna Sede di Ravenna	Incontro informativo/formativo con operatori sanitari	1	12	-
SOLE	Ausl della Romagna - Sede di Forlì	SISP - Evoluzioni anno 2014	2	20	20
TOTALI AVR			5	54	20
SISP	RER	Evoluzioni SISP IQ 2014	2	31	31
SISP	RER	Evoluzioni III Q 2014	1	15	10
TOTALI Corsi Regionali *			3	46	41
TOTALI RER			15	181	136

10.5 Il gruppo di lavoro per la somministrazione farmacologica negli IIPP

Nel corso del 2014 sono stati approfonditi il tema della prescrizione e della assunzione farmacologica, con le ricadute che si presentano nel contesto penitenziario, in cui in misura maggiore che in altri ambiti possono presentarsi criticità.

Il tema della qualità e della sicurezza delle cure farmacologiche, oltre che essere obiettivo di molti sistemi sanitari a livello internazionale, ha acquisito negli ultimi anni rilevanza per il livello nazionale ed è divenuto uno specifico requisito di garanzia di erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

È pertanto dovere delle organizzazioni e degli operatori sanitari adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci.

Nell'ambito di una strategia per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali vi sono l'adozione, la diffusione e l'implementazione di "pratiche" finalizzate all'eliminazione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

A livello nazionale, il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema di Buone Pratiche/Raccomandazioni, alcune delle quali rivolte alla gestione dei farmaci, che individuano le situazioni a elevato rischio di errore e sono volte a promuovere la realizzazione di azioni mirate a raggiungere maggiori livelli di sicurezza. La Regione Emilia-Romagna ha recepito nel tempo le indicazioni ministeriali sulla sicurezza nel percorso del farmaco raccogliendole nelle "Linee d'indirizzo sulla gestione clinica dei farmaci" (ultimo aggiornamento Ottobre 2014), rivolte alle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

Per tali ragioni, nell'anno 2014 la Regione ha inteso approfondire tali aspetti per addivenire alla definizione di indicazioni per la diffusione e l'adozione di "pratiche" che accrescano la qualità e la sicurezza delle cure farmacologiche negli Istituti penitenziari.

È stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da professionisti delle Aziende USL, degli Istituti penitenziari della Regione e da componenti di alcuni Servizi regionali, che ha affrontato le specificità del tema nel contesto penitenziario:

- la specificità del sistema penitenziario e del luogo, “la cella”, dove alloggia la persona detenuta;
- la presenza di un percorso clinico-assistenziale regionale rivolto alle persone detenute (cfr. Circolare n.15 del 9/9/2012);
- la presenza di una cartella clinica assistenziale multiprofessionale informatizzata;
- l’attivazione di sperimentazioni, in alcuni Istituti penitenziari, della somministrazione informatizzata delle terapie farmacologiche.

Sono stati presi in esame specifici contenuti:

- il coinvolgimento della persona detenuta nell’aderenza alla terapia farmacologica;
- gli aspetti prescrittivi dalla comunità assistenziale all’Istituto Penitenziario;
- la preparazione e la somministrazione della terapia farmacologica, la gestione della terapia al bisogno;
- la gestione del farmaco;
- la gestione del rischio.

È stata analizzata e ribadita l’importanza della relazione tra professionista sanitario e cittadino in cura farmacologica e nello specifico contesto, con il detenuto, che può realizzarsi con la consapevolezza del proprio stato di salute, la conoscenza degli schemi terapeutici da seguire e la corretta adesione alla terapia.

Il lavoro è stato proficuo e ha dimostrato la necessità di approfondimento per fornire precise indicazioni agli operatori che svolgono attività nei servizi sanitari penitenziari; è stata redatta una bozza di documento per la formulazione di linee guida in tale ambito.

10.6 PRISK - Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari

Il Progetto “Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)” nasce nell’ambito del bando regionale FRM 2010-2012 che, tra le varie aree tematiche di progetto, prevedeva anche la *gestione del rischio clinico nelle carceri*.

Il progetto, di durata biennale prorogabile di un anno, ha come obiettivo generale il miglioramento della sicurezza clinica nell’assistenza ai detenuti degli istituti penitenziari attraverso i seguenti obiettivi specifici:

- *l’implementazione della cultura della sicurezza;*
- *la capacità dell’organizzazione di apprendere dagli errori* mediante l’introduzione di sistemi di registrazione/segnalazione;
- *l’introduzione di procedure di sicurezza;*
- *la definizione di una mappa dei rischi* specifica per ogni carcere;
- *l’implementazione di azioni finalizzate al miglioramento* della sicurezza delle pratiche assistenziali;
- *la diffusione di buone prassi tecnico-professionali.*

Si tratta di uno studio di tipo interventistico e al contempo osservazionale *before and after*” sulla promozione della cultura e sulla implementazione delle procedure di sicurezza.

Vede come attori:

- Regione Emilia-Romagna rappresentata dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri afferente alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;
- Ausl di Ferrara, azienda capo fila e responsabile Scientifico del Progetto;
- Coordinamento regionale del Programma di Medicina Penitenziaria

- Reti aziendali del rischio clinico nell'ambito della medicina penitenziaria costituitesi ad inizio progetto. Il Progetto, avviato formalmente in data 01/10/2012, ha subito previsto la costituzione di un Comitato Tecnico Scientifico individuato come sede di condivisione e confrontarsi circa le fasi di realizzazione del progetto, le metodologie, gli strumenti utilizzati, nonché risultati intermedi e finali.

Per il raggiungimento degli obiettivi specifici sono state realizzate le seguenti azioni/attività:

- Valutazione del livello di cultura della *patient safety* da parte dei professionisti al tempo 0 (inizio progetto) e al punto 1 (20 mesi dopo) mediante specifico questionario;
- Progettazione e realizzazione di percorsi formativi specifici per:
- Implementazione di metodologie e tecniche specifiche per la gestione del rischio clinico (FMEA, SWAR, SEA);
- Creazione di strumenti di rilevazione/registrazione degli eventi clinici avversi (Scheda I.R., Registro degli Eventi) e di autovalutazione (checklist del modello di Gestione Rischio Clinico);
- Valutazione della conformità al modello G.R.C. al tempo 0 e al tempo 1;
- Mappatura dei processi critici per ogni carcere;
- Identificazione dei processi critici prioritari quantificandoli in termini di Indice di Rischio (I.R.). mediante FMEA;
- Attivazione di azioni di contenimento/miglioramento valutandone l'impatto in termini di riduzioni degli I.R.;
- Diffusione di buone prassi tecnico-professionali e standardizzazione dei processi mediante procedure.

Tab.81 - Sintesi eventi formativi, tutti accreditate ECM, realizzati al 31/12/2014

Anno	Titolo evento	giornate	n. partecipanti	n. ore
2013	ABC del rischio clinico	2 ½ gg x 2 ed	129	17
2013	Survey Procedure Sicurezza	2 gg x 2 ed	70	36
2013	La mappatura dei rischi	1 gg x 2 ed	33	18
2013	FMEA/FMECA Istituti di Pena	2 gg x 2 ed	43	36
2013	FMEA/FMECA UPDATE	1 gg x 2 ed	35	18
2014	Workshop risultati 1° anno	1 gg	63	6
2014	L'applicazione dei metodi SWAR e SEA, come strumenti di Gestione del Rischio negli Istituti di Pena	2 gg x 2 ed	35	32
2014	<i>Safety walk around</i> negli istituti di pena – formazione sul campo	1 gg x 4 ed	19	16
2014	SWAR e SEA sul campo	½ gg x 9 ed	64	36
2014	Gruppo di lavoro per la stesura Linee Guida Gestione Clinica del farmaco			

Risultati raggiunti:

- elaborazione, somministrazione ed analisi risultati questionario cultura della *patient safety* al tempo 0 e al tempo 1 (survey cultura sicurezza pazienti);
- produzione, sperimentazione e adozione della scheda di *Incident reporting*;
- elaborazione e adozione del registro degli eventi clinici avversi;
- elaborazione, somministrazione ed analisi risultati questionario adesione e implementazione al modello di Gestione del rischio Clinico nell'ambito della Medicina Penitenziaria al tempo 0 e al tempo 1 (survey implementazione procedure sicurezza) ;
- mappatura e identificazione dei processi critici prioritari e loro analisi con il metodo FMEA;
- sviluppo dei piani di contenimento per ogni processo ritenuto critico;

- rivalutazione degli indici di rischio con evidenza di riduzione degli I.R. dal 25% al 76%;
- applicazione sul campo del metodo SWAR presso sette dei nove istituti di pena della RER;
- pianificazione di 11 azioni di miglioramento successive all'effettuazione di *audit* su eventi significativi (SEA).

Relativamente ai risultati delle due *survey* i dati di raffronto dei questionari, al tempo 0 e al tempo 1, evidenziano significativi e importanti miglioramenti sia del livello di cultura patient safety da parte degli operatori, sia nell'implementazione del modello di Gestione del Rischio Clinico.

Nel corso del progetto è emerso che la gestione clinica del farmaco rappresenta una criticità prioritaria trasversale a tutti gli Istituti Penitenziari. Per tale motivo, di concerto con il comitato scientifico del progetto e con i nove responsabili aziendali del programma di sanità penitenziaria, si è deciso di costituire uno specifico gruppo di lavoro per l'elaborazione delle linee guida di gestione clinica del farmaco negli istituti penitenziari. Al fine di dare una rilevanza regionale all'iniziativa, è stato chiesto di coordinare il suddetto gruppo alla dott.sa Ester Sapigni, Responsabile del Servizio Politica del Farmaco, Regione Emilia Romagna.

Il gruppo garantisce la multidisciplinarietà e la rappresentanza della maggior parte degli Istituti di pena, oltre alla presenza dei responsabili, dott.sa Anna Cilento e dott. Vincenzo De Donatis e del responsabile scientifico del progetto Prisk.

10.7 La formazione

Corso "Gestire le relazioni in carcere"

Per un settore ancora in via di definizione, come quello della salute nelle carceri, la formazione degli operatori assume molta importanza. Sono state, pertanto, dedicate, dalla riforma ad oggi, specifiche progettazioni dalla Regione per realizzare percorsi formativi omogenei coordinati a livello regionale, oltre a tutti quelli che le Aziende USL hanno pianificato a livello locale.

Nel corso del 2014 si è svolto un percorso formativo, organizzato e finanziato dalla Regione, ma declinato a livello locale rivolto a ciascun Servizio sanitario penitenziario "Gestire le relazioni in carcere: percorso di sviluppo delle competenze degli operatori sanitari della medicina penitenziaria".

Le esigenze che hanno portato alla progettazione di tale percorso sono nate, in condivisione con le Aziende USL, partendo da alcune premesse: la comunicazione è implicata nelle fasi più salienti del lavoro quotidiano dell'operatore sanitario e richiede pertanto al professionista di possedere uno specifico bagaglio di conoscenze e abilità, per aumentare l'efficacia di ruolo, per meglio fronteggiare situazioni complesse ed emotivamente cariche e per prevenire incomprensioni e conflitti.

Il contesto carcerario in cui gli operatori prestano servizio, con la sua delicatezza e le sue particolarità, rende ancor più necessario lo sviluppo di competenze comunicativo-relazionali efficaci, quale strumento strategico per una corretta relazione d'aiuto e per garantire il benessere personale degli operatori, con una ricaduta positiva in termini di riduzione del disagio lavorativo e dello stress relazionale.

Il percorso formativo è stato finalizzato, quindi, a promuovere un orientamento professionale competente alla gestione delle relazioni, a condividere in équipe atteggiamenti e comportamenti consapevoli e coerenti con il contesto e la *mission*, a sostenere il benessere dell'operatore.

L'elevata presenza di detenuti stranieri richiede inoltre all'operatore un consapevole orientamento culturale ai processi di cura e cure.

Gli obiettivi perseguiti dagli operatori partecipanti che hanno aderito al patto formativo sono stati:

- condividere le coordinate dell'intervento sanitario nel contesto carcerario con particolare riferimento ai significati ed alle azioni che sostanziano la relazione di cura
- rivedere modalità relazionali e di collaborazione tra colleghi dell' équipe sanitaria e le interconnessioni con gli operatori.

Ingredienti operativi importanti emersi sono i seguenti:

- la chiarezza del patto di salute, il mettere in chiaro sin da subito i benefici, le condizioni e i vincoli di un percorso di cura; l'ambiguità o l'elusività iniziale risultano controproducenti
- l'umanizzazione, il prendersi cura della persona detenuta e dei suoi bisogni, lasciando tra parentesi connotazioni o etichettamenti (il reato) che rischiano di mettere eccessiva distanza
- la relazione, una "giusta distanza" che mantenga la professionalità ma che al contempo manifesti interesse e volontà di prendersi cura della persona
- la gestione dei tempi, in un contesto in cui il tempo non sembra passare mai o definirsi chiaramente, dare risposte puntuali e, nel caso di attese, accompagnare le persone a gestire questa transizione
- il lavoro in équipe, la possibilità di non essere soli a gestire una situazione difficile, una condivisione che è "contenitiva" anche dal punto di vista emotivo.

Il riscontro in termini di interesse e partecipazione è stato alto e da tutti riconosciuta la valenza positiva dell'esperienza formativa.

Corso "Le indicazioni per la classificazione ICD 10 per le diagnosi"

La necessità di utilizzare un linguaggio comune e rispondere ad esigenze informative sul tema della medicina penitenziaria ha portato alla scelta organizzativa da parte del Servizio Salute Mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna di inserire i codici di classificazione delle malattie ICD-10 (*International Classification of Diseases*) all'interno del Sistema Informativo della Sanità Penitenziaria in uso nella Regione Emilia Romagna (SISP).

Il progetto risponde ai seguenti obiettivi:

- condivisione tra i professionisti delle informazioni indispensabili sulla salute dei pazienti ristretti;
- uso di un linguaggio comune tra i professionisti dei Servizi sanitari penitenziari delle carceri regionali;
- omogeneizzazione delle modalità di codifica della diagnosi tra i servizi regionali;
- implementazione della corretta tenuta della documentazione clinica;
- *benchmarking* tra i servizi della regione;
- razionalizzazione delle risorse professionali e strumentali necessarie alla programmazione locale e regionale;
 - attività di ricerca, valutazione e analisi epidemiologica.

È stato pubblicato un manualetto operativo elaborato al fine di agevolare il personale medico, generalista e specialista, nella corretta codifica delle diagnosi con ICD 10.

Le indicazioni saranno riviste successivamente alla fase di implementazione e valutazione dei risultati ottenuti.

Chi può effettuare la diagnosi con ICD10

La titolarità della diagnosi è di chi la formula nell'ambito delle proprie competenze professionali. Il medico generalista e lo specialista operanti all'interno dei servizi sanitari penitenziari sono tenuti a codificare ogni patologia diagnosticata durante il loro operato.

La linea strategica è quella di consentire al professionista, mediante l'azione di codifica, di poter esprimere il proprio convincimento diagnostico, aderendo al progetto di costruzione di una rete informativa che faciliti la crescita del servizio verso uno standard prossimo o simile a quello degli altri settori sanitari, anche in un contesto così particolare come quello penitenziario.

Chi fruisce della codifica ICD 10

La codifica ICD 10 deve essere intesa soprattutto come un sistema di comunicazione, un linguaggio univoco e condiviso tra i professionisti. Per facilitare l'attivazione di un sistema di cura multidisciplinare è essenziale che tutti i professionisti che operano all'interno dei servizi di salute penitenziaria siano adeguatamente formati alla lettura della classificazione diagnostica con ICD 10. È consigliabile l'attivazione di piani di formazione locali estesi a tutti gli operatori che a qualsiasi titolo abbiano accesso alla cartella informatizzata SISP. Ad esempio, la conoscenza della codifica da parte degli infermieri migliora la qualità degli interventi erogati nei confronti dei pazienti, riducendo contestualmente il rischio clinico.

SISP – Sistema informativo regionale salute nelle carceri

L'attività di codifica della diagnosi è supportata dalla cartella clinica unica regionale dei Servizi di Salute nelle carceri. Le eventuali ulteriori indicazioni dei professionisti sulle modalità di gestione della codifica ICD10 nel sistema gestionale SISP saranno progressivamente valorizzate. Attualmente SISP permette la codifica della diagnosi ICD10.

11. Risorse finanziarie

Tab.82 - Riparto 2014 - Sanità penitenziaria

Azienda USL	Riparto Sanità Penitenziaria 2014	Progetto salute mentale in carcere 2014		DGR 2008 del 2014 e DGR 2010 del 2014	
		Creazione equipe psichiatrica negli Istituti penitenziari	Reparto Osservazione Psichiatrica	Sanità Penitenziaria Integrazione FSR	Totale Riparto 2013 (quota FSN)
Piacenza	€ 657.119,55	€ 80.000,00	€ 100.000,00	386.071,65	€ 1.223.191,20
Parma	€ 1.370.952,65	€ 80.000,00		€ 805.462,66	€ 2.256.415,31
Reggio Emilia	€ 3.269.908,90	€ 200.000,00		€ 1.921.138,15	€ 5.391.047,05
Modena	€ 1.202.424,02	€ 100.000,00		€ 706.448,25	€ 2.008.872,27
Bologna	€ 1.598.724,52	€ 200.000,00		€ 939.283,44	€ 2.738.007,96
Ferrara	€ 916.882,08	€ 80.000,00		€ 538.687,28	€ 1.535.569,36
AUSL Romagna	€ 1.058.992,28	€ 125.000,00		€ 662.904,57	€ 1.846.896,85
Totale	10.075.004,00	€ 865.000,00	€ 100.000,00	€ 5.959.996,00	17.000.000,00

La proposta di **riparto del Ministero della Salute della quota destinata al finanziamento della Sanità penitenziaria** è stata comunicata con mail alla regione Emilia-Romagna in data 28 novembre 2014 prevedendo un'assegnazione pari ad € 11.040.004,00.

La Regione Emilia-Romagna ha destinato per l'anno 2014 alla Sanità penitenziaria l'importo complessivo di 17 milioni di euro, provvedendo ad integrare il finanziamento di FSN vincolato alla sanità penitenziaria ex DPCM 1° aprile 2008.

Con la **DGR n. 2008 del 22/12/2014**, avente ad oggetto "Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale anno 2014: riparti ai sensi della DGR n. 217/2014", sono stati assegnati alle Aziende USL complessivi € 5.959.996,00, quale quota di Fondo sanitario regionale indistinto ad integrazione delle risorse statali di FSN vincolate alla Sanità penitenziaria ex DPCM 1/4/2008.

Con la **DGR n. 2005 del 22/12/2014**, avente ad oggetto "Assegnazione e concessione alle aziende sanitarie per il finanziamento degli oneri degli istituti penitenziari derivanti dal trasferimento delle convenzioni del personale del presidio per le tossicodipendenze. Anno 2014", sono state assegnate alle AUSL sedi di Istituti penitenziari del territorio regionale la somma complessiva di € 510.000,00 con la quale far fronte agli oneri derivanti dal trasferimento delle convenzioni del personale del presidio per le tossicodipendenze nel periodo 1 gennaio 2014-31 dicembre 2014.

Con la **DGR n. 2010 del 22/12/2014** è stata finanziata la quota vincolata per la Sanità penitenziaria per un importo complessivo pari ad € 11.040.004,00:

- quanto ad euro € 10.075.004,00, in continuità con i criteri di cui deliberazione n. 2192/2010 e 2039/2011, 2082/2012 e 2109/2013 ed in relazione ai costi 2013;
- quanto ad € 865.000,00, alle Aziende sanitarie per il finanziamento del Progetto Regionale Salute mentale in carcere, finalizzato al sostegno della "Creazione Equipe psichiatrica negli Istituti Penitenziari";
- si specifica che l'assegnazione all'AUSL di Reggio Emilia riguarda sia l'OPG che la Casa Circondariale, con quota ripartita rispettivamente di € 120.000,00 e € 80.000,00.
- quanto ad € 100.000,00 all'Azienda Sanitaria di Piacenza per il Reparto di Osservazione Psichiatrica.

12 Il superamento degli OPG e l'avvio delle REMS salute mentale

12.1 Il programma complessivo per il superamento degli OPG

La legge n. 9/2012 e la successiva legge n. 81/2014 sanciscono in maniera definitiva la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari al 31 marzo 2015 e l'esecuzione delle misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia all'interno delle strutture sanitarie appositamente istituite (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza - REMS).

Il progressivo superamento dell'OPG, fin dal 2008, è avvenuto nella nostra Regione attraverso due strategie:

1. riduzione degli ingressi tramite la predisposizione di alternative territoriali e residenziali all'internamento e alla detenzione in OPG, la predisposizione di percorsi carcere-territorio e di reparti osservazione per detenuti con sopravvenute infermità;
2. aumento delle dimissioni da realizzarsi con programmi di presa in carico territoriale attiva da parte dei Centri di Salute Mentale (CSM) competenti e tramite l'istituzione di apposite Residenze.

Accanto a queste misure, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto l'apertura di due "Residenze con percorsi dedicati a persone con misure di sicurezza", una presso l'AUSL di Parma e una presso l'AUSL di Bologna, in attesa della costruzione a Reggio Emilia della REMS definitiva. Le due residenze citate sono destinate a servire un bacino sovraziendale in sinergia con altre strutture regionali, permettendo di dimettere dall'OPG tutti i cittadini emiliano-romagnoli con misura di sicurezza detentiva al 1 aprile 2015 come previsto dalla legge, e accogliendo coloro ai quali è applicata la misura di sicurezza detentiva a partire da tale data.

AUSL Parma "Residenza con percorsi dedicati a persone con misure di sicurezza", presso Casale di Mezzani

La struttura è individuata nella Residenza Sanitaria di Casale di Mezzani.

La nuova Residenza, di 10 posti, è dotata di un apposito regolamento e in grado di assicurare programmi terapeutici secondo linee guida, percorsi di riabilitazione e occasioni di inclusione sociale, rispetto delle misure adottate dall'Autorità Giudiziaria. La collaborazione tra Residenza, CSM/Ser.T territoriali e Unità di Riabilitazione del DAI-SMDP di Parma consente di sviluppare percorsi di cura in modo sinergico, permettendo alla persona di fruire di tutte le risorse disponibili a livello dipartimentale. In particolare, si attiverà una collaborazione strutturata tra la Residenza e la Fattoria di Vigheffio, luogo nel quale sono in atto percorsi di formazione – lavoro ad alta protezione in fase di ulteriore sviluppo.

AUSL Bologna "Residenza con percorsi dedicati a persone con misure di sicurezza", Casa degli Svizzeri

La struttura deputata alla nuova funzione è individuata nella Residenza Casa degli Svizzeri destinata ad accogliere 14 pazienti con le caratteristiche prevedibili per quanti verosimilmente afferranno alle REMS, garantendo:

- la realizzazione di trattamenti specialistici terapeutico - riabilitativi e socio-riabilitativi,
- il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona,
- l'assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, delle capacità relazionali e delle abilità sociali,
- l'assistenza sanitaria di base e l'assistenza sanitaria specialistica non psichiatrica eventualmente necessaria.

Per entrambe le strutture il personale sarà organizzato come equipe di lavoro multi professionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, Operatori Socio Sanitari (OSS).

Per entrambe le strutture è stato realizzato un piano di formazione per il personale mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato.

I costi relativi al personale, alla formazione, all'attività di sorveglianza e vigilanza, alla collaborazione con attività esterne di tipo riabilitativo saranno finanziati con le quote di FSN vincolate - parte corrente 2012-2013, riconosciute alla regione Emilia Romagna per la realizzazione delle strutture di superamento OPG. A questo proposito è stato predisposto un programma assistenziale relativo agli anni 2012 e 2013 per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ai sensi della legge 17

febbraio 2012, n. 9 art. 3ter comma 7 e successive modifiche, approvato con determinazione del responsabile del Servizio Salute Mentale, Dipendenze patologiche n. 18894 del 19 dicembre 2014.

L'effettiva erogazione delle risorse è subordinata all'adozione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, di approvazione del programma assistenziale regionale comprensivo delle richieste di assunzione di personale qualificato in deroga alla normativa vigente.

Ulteriori attività programmate nel corso del corrente anno

Iniziative per favorire le dimissioni dall'OPG, di lotta allo stigma, di potenziamento delle rete dei servizi psichiatrici con impegno nel reinserimento sociale dei pazienti:

- Rafforzamento nell'utilizzo di strutture residenziali sanitarie psichiatriche e socio-sanitarie al fine di garantire la continuità della presa in cura durante la permanenza in strutture specializzate e la dimissione dalle stesse, nonché per progetti di trattamento non residenziali;
- Incontri formativi interdisciplinari per approfondire la conoscenza delle procedure che sottendono all'applicazione delle misure di sicurezza, affrontando nei territori il tema delle relazioni tra Magistratura, DSM-DP e UEPE sui percorsi dei pazienti autori di reato, non imputabili e riconosciuti socialmente pericolosi;
- Supporto alla struttura "Casa Zacchera" per l'accoglienza di internati in OPG, residenti in Emilia-Romagna, in licenza finale esperimento, fase propedeutica alle dimissioni dall'OPG;
- Finanziamenti dedicati al supporto di progettualità per internati in licenza finale esperimento o dimessi;
- Finanziamenti del Reparto di Osservazione Psichiatrica presso il Carcere di Piacenza (decorrenza 17/09/12) per l'invio di detenuti, delle carceri della Regione, che necessitano di approfondimento di diagnosi psichiatrica;
- Potenziamento della struttura residenziale sanitaria per detenuti che necessitano di perizia psichiatrica presso AUSL di Bologna;
- Gruppo di lavoro interdisciplinare con l'obiettivo di potenziare le sinergie tra la Magistratura di sorveglianza e di cognizione, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna e i Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche nella definizione e gestione dei percorsi delle persone non imputabili cui vengono applicate le misure di sicurezza. Il gruppo di lavoro, nominato con determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali n. 10702/2014, ha prodotto un documento di indirizzo "Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica", che fornisce alcuni suggerimenti operativi riguardanti le interfacce, nella fase del processo, tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale.

La progettazione complessiva di cui sopra consentirà di avere a disposizione una intera gamma di servizi per l'uscita degli internati emiliano-romagnoli dall'OPG, sia in dimissione territoriale sia quando si renda ancora necessaria una misura di sicurezza detentiva.

Raccordo con le altre Regioni per favorire le dimissioni

Predisposizione del Piano di intervento coordinato tra le regioni come da Accordo CU 26/11/09 da consolidare con le Regioni di bacino - Marche, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano, - per definire modalità di reinserimento degli internati nei territori di residenza.

Inoltre, la Regione Emilia-Romagna coordina il gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria, e in questa funzione ha contribuito al percorso nazionale di superamento OPG, anche attraverso la attiva partecipazione all'Organismo di coordinamento superamento OPG presieduto dal Sottosegretario alla Salute.

Di seguito, alcune tavole sulla presenza in OPG e sulla destinazione dei dimessi dell'OPG nel 2014.

Tab.83 - Presenze in OPG al 31.12.2014

Regione	Presenti	Licenza	Totale
Emilia-Romagna	32	10	42
Veneto	44	1	45
Marche	11	1	12
Friuli V.G.	7	2	9
Trentino Alto Adige	6	2	8
TOTALE AREA DI BACINO	100	16	116
Lombardia	17	1	18
Piemonte	5	2	7
Lazio	7	0	7
Sicilia	4	0	4
Campania	3	0	3
Liguria	2	0	2
Abruzzo	1	0	1
Calabria	1	0	1
Puglia	1	0	1
Sardegna	0	1	1
Toscana	1	0	1
Valle d'Aosta	1	0	1
TOTALE EXTRA BACINO	43	4	47
Totali	143	20	163

I dati sono riferiti agli internati e dei detenuti, seppur in numero limitato, ancora presenti in OPG

Tab.84 - Dimissioni dall' OPG di Reggio-Emilia nel 2014

Motivo dell'uscita	numero usciti	luogo di invio
Scarcerati con libertà vigilata	6	1 Centro Santi (PR)
		1 LV CT Sadurano
		1 LV Casa Zacchera
		1 Villa M. Luigia Monticelli (PR)
		1 Residenza Arcipelago (BO)
		1 LV Domicilio
Licenza	13	1 Casa Riposo Italo Poli- Roccabianca (PR)
		1 Casa Zacchera
		1 CT Casa don Giuseppe Girelli Ronco all'A. (VR)
		1 CT il Colle (FC)
		1 CT Papa Giovanni XXIII Rimini (RN)
		1 CT Podere Rosa (FO)
		1 LFE Casa Zacchera
		1 LFE CT Alessandria (AL)
		1 LFE CT Cas S. Giuseppe Ronco all'Adige (VR)
		1 LFE CT Arca del Fiume Guastalla (RE)
		1 LFE CT Papa Giovanni XXIII Rimini (RN)
		1 Struttura Fondazione Fornino Valmori Meldola (FC)
		1 Villa Bianconi (BO)
Ricovero in luogo esterno di cura	1	1 Ospedale Forlì art. 11 O.P.
Revoca della misura di sicurezza detentiva o revoca della misura di sicurezza provvisoria e trasf. In libertà vigilata	11	3 LV Casa Zacchera
		1 LV CT Il Parco Meldola (FC)
		1 LV CT Le Radici San Savino Montecolombo (RN)
		1 LV CT San Patrignano (RN)
		1 LV CT Serenity House (PU)
		1 LV CT Villa Rosa (MO)
		1 LV domicilio Milano (MI)
		1 Residenza Arcipelago (BO)
1 domicilio		
TOTALE	31	

LV = Licenza vigilata; LFE = Licenza Finale Esperimento

I dati sono riferiti alle dimissioni dei soli internati

12.2 ROP (Reparto di Osservazione psichiatrica) di Piacenza

In data 17 settembre 2012 è entrato in funzione, presso il carcere di Piacenza, il **Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP)**. Si tratta di una struttura che può ospitare, solo ed esclusivamente per esigenze di osservazione psichiatrica, pazienti reclusi per i quali è necessario approfondire il quadro diagnostico, affinché l'Autorità Giudiziaria possa decidere in merito al proseguo della loro detenzione.

Il ROP si connota quale **reparto di secondo livello ad alta specializzazione diagnostica** per i casi dubbi e di difficile diagnosi, ferma restando la competenza di ciascun istituto ad effettuare presso la propria sede

l'osservazione psichiatrica ai sensi dell'art. 112 - c.1 del DPR 230/2000. Per tale funzione detto reparto assume una valenza regionale.

Il reparto si trova annesso all'area sanitaria dell'Istituto ed è costituito da 5 celle singole, una sala docce ed una saletta per la socializzazione, oltre al cortile per le ore d'aria. Può ospitare quindi un **massimo di 5 pazienti**, che possono essere inviati esclusivamente dagli altri Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, per un periodo di degenza massimo di 30 giorni.

L'osservazione viene svolta da un'**équipe multi-professionale** composta da psichiatri, psicologo e infermieri esperti in psichiatria. È prevista anche una supervisione clinica d'équipe. L'organizzazione dell'attività clinica e dell'assistenza infermieristica è strutturata in modo da assicurare la presenza quotidiana di almeno uno psichiatra ed un infermiere dedicato sia al mattino che al pomeriggio; nei periodi di assenza del personale dell'équipe l'assistenza è garantita dall'équipe di assistenza primaria dell'istituto: medici di guardia e personale infermieristico presenti H24.

È programmato per il 2014, oltre ad un tutoraggio in itinere, un percorso formativo specifico per tutto il personale, sanitario e non, Agenti di Polizia Penitenziaria compresi, che in varia misura opererà nel reparto.

L'attività clinica è così strutturata:

- all'arrivo del paziente, psicologo e psichiatra di turno effettuano un'**accoglienza congiunta**, tramite colloquio e raccolta anamnestica; viene inoltre stabilito con lui un contratto e gli viene consegnato un vademecum informativo. Viene quindi **individuato il case manager** tra gli psichiatri dell'équipe, a cui viene affidato in carico il paziente, che provvederà a coordinare le fasi operative e gli interventi sul caso specifico e la stesura della relazione finale di osservazione;
- la valutazione coinvolge l'intera équipe. Pertanto durante il turno di servizio: lo **psichiatra** provvede ad intrattenere colloqui clinici con tutti i pazienti presenti; la **psicologa** effettua regolari colloqui clinici con i pazienti, somministra i test psicologici e collabora con gli psichiatri alla discussione dei casi e all'elaborazione della relazione; gli **infermieri** dedicati al reparto quotidianamente, oltre alla somministrazione della terapia, svolgono attività di *nursing* e partecipano all'attività di osservazione. Una volta alla settimana, l'équipe multi-professionale si riunisce e discute degli aspetti clinici, diagnostici ed organizzativi inerenti a ciascun caso;
- nell'eventualità fossero necessari **approfondimenti diagnostici specialistici o strumentali**, da svolgersi all'interno o all'esterno dell'istituto, questi vengono pianificati e realizzati in collaborazione con l'équipe di assistenza primaria dell'Istituto;
- frequenti sono i **contatti con gli psichiatri dell'Istituto di provenienza** del paziente, telefonici o via e-mail, durante il periodo di permanenza presso il ROP ed in prossimità della sua dimissione;
- all'interno dell'osservazione psichiatrica, qualora occorra, si procede anche alla valutazione ed impostazione della **terapia farmacologica**;
- la **relazione finale**, redatta dallo psichiatra *case manager*, viene discussa e condivisa all'interno dell'équipe multi-professionale e successivamente inviata alla Direzione della Casa Circondariale di Piacenza.

La Direzione della Casa Circondariale la invierà celermente all'Autorità Giudiziaria richiedente per le disposizioni di competenza previste dall'art. 112, c.3 O.P.

La relazione di dimissioni, contenente i risultati dell'osservazione clinica e diagnostica, sarà parte integrante della cartella clinica che accompagnerà il paziente.

La maggior difficoltà emersa durante i primi mesi di attività del ROP è stata costituita dal non sempre riuscito rispetto delle procedure di invio dei pazienti; per ovviare a ciò, l'équipe si è impegnata in un'opera di informazione e conoscenza delle procedure rivolta agli psichiatri che lavorano nei vari Istituti della regione.

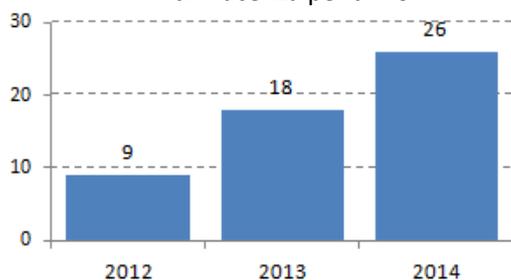
L'esperienza clinica di questi ultimi tre anni ha evidenziato che il reparto, nello svolgimento delle proprie attività, ha **potenzialità di intervento clinico ben superiori alle circoscritte funzioni di "diagnostica differenziale di secondo livello"** assegnato dal decreto ministeriale.

In particolare, per molti pazienti inviati alla rete carceraria regionale si è potuto garantire, unitamente alla rivalutazione diagnostica, **una rivalutazione diagnostica, una riformulazione del progetto di cura psichiatrica e l'avvio di un trattamento intensivo multifunzionale** con la restituzione concordata all'équipe periferica inviante per la prosecuzione del percorso clinico-assistenziale.

Tali sperimentali attività cliniche farebbero assimilare le funzioni del reparto a quello di una **Residenza a Trattamento Intensivo (RTI) sui generis** come offerta diagnostico-terapeutica di secondo livello per le esigenze di terapia intensiva residenziale dell'équipe psichiatrica di base di ogni carcere.

Resta ovviamente esclusa dalle funzioni del ROP la risposta in urgenza clinica (TSO) che deve essere garantita in prossimità presso gli SPDC o le strutture ospedaliere di ogni provincia.

Fig.57 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per anno



Il ROP di Piacenza ha avuto dalla sua apertura un numero crescente di ricoveri che, dai 9 del 2012 ha raggiunto i 26 del 2014.

Viene ora descritta in termini quantitativi e qualitativi l'attività svolta dal ROP dal momento della sua apertura.

Dal 4° trimestre del 2012 al termine del 2014 sono pervenuti al ROP di Piacenza **53 casi da tutti gli Istituti dell'Emilia-Romagna**, ed in particolare da quelli di Modena (12), da Parma (12) e da Rimini e Ravenna (7 ciascuno).

Tra essi inoltre sono stati presenti 5 casi di detenuti dell'Istituto di Piacenza stesso, per i quali è stata richiesta l'osservazione.

Per ognuno di essi è stata effettuata la valutazione psichiatrica con relativa diagnosi.

Fig.58 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per Istituto di provenienza

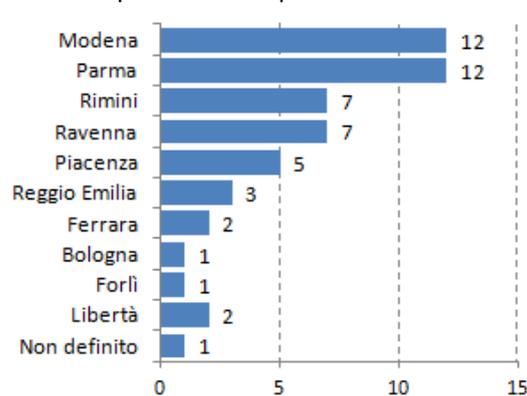
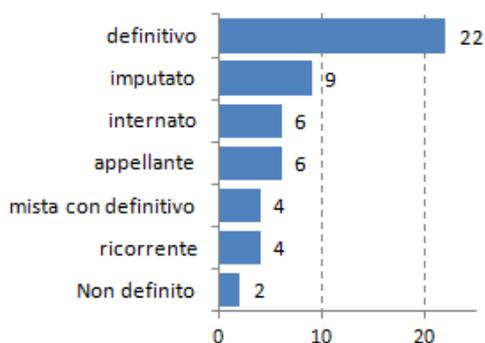


Fig.59 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per posizione giuridica



L'utenza del ROP è composta da **individui nelle classi di età adulta**, cui si aggiungono 8 giovani nelle età fino a 25 anni (15%) e 11 nelle età più mature oltre i 45 anni (21%). **Oltre la metà di essi ha cittadinanza straniera** (31 casi, 58% del totale), in particolare dai Paesi dell'Africa (17 nel complesso, dei quali 9 casi del Marocco, 6 della Tunisia e 2 della Nigeria) e dall'Est-Europeo (9 casi, tra i quali 4 romeni e 2 albanesi). Sotto l'aspetto giuridico, i detenuti in osservazione si dividono per **quasi una metà con sentenza definitiva** (26 casi, dei quali 4 misti con definitivo; 49%), 9 imputati (17%), 10 tra appellanti e ricorrenti (19%) più 6 internati.

Fig.60 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per classi di età

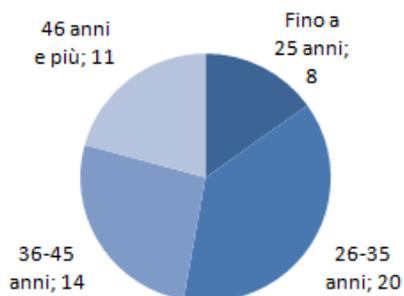
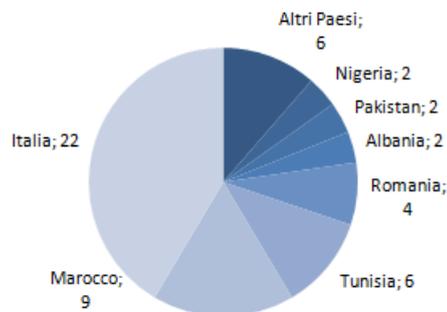


Fig.61 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per Paese di cittadinanza



L'accesso al ROP viene previsto per **rispondere a diverse tipologie di richiesta**: principalmente per un inquadramento diagnostico generale (27 casi; 51%), per un periodo di osservazione psichiatrica (13 casi; 25%) e per una specifica patologia psichiatrica (9 casi; 17%) o per una diagnosi differenziale (3 casi; 6%). Un altro aspetto sulla salute del detenuto molto importante è rappresentato dalla tossicodipendenza: il 43% degli utenti del ROP ha dichiarato tale uso/abuso, valore che cresce al 48% nel caso degli utenti stranieri.

Fig.62 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per quesito diagnostico

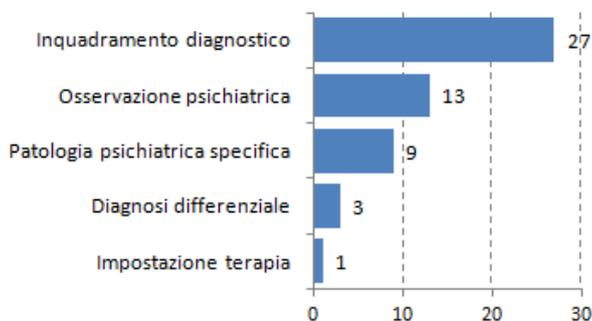
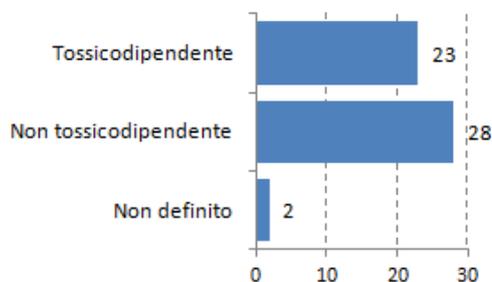


Fig.63 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per dichiarazione di tossicodipendenza



La **durata dell'osservazione** per quasi un terzo dei casi è stata inferiore ai 15 giorni (28%; 15 casi). Altri 16 (30%) hanno prolungato la permanenza fino a 20 giorni, e 16 (30%) fino ai 30 giorni.

Al momento della dimissione, per un numero rilevante tra i detenuti è stata individuata una diagnosi di disturbo della personalità (20 casi) seguita dalla diagnosi di disturbi psicotici (14), dall'abuso di sostanze psicotrope (8), di disturbi dell'umore (7) e di disturbi dell'adattamento (6). Solo 3 utenti non sono stati soggetti ad una diagnosi prevalente.

Fig.64 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per durata dell'osservazione

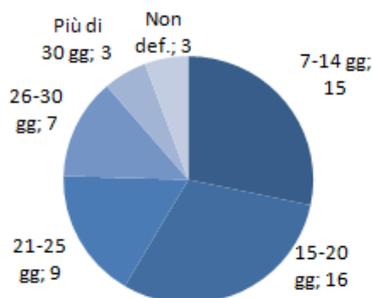
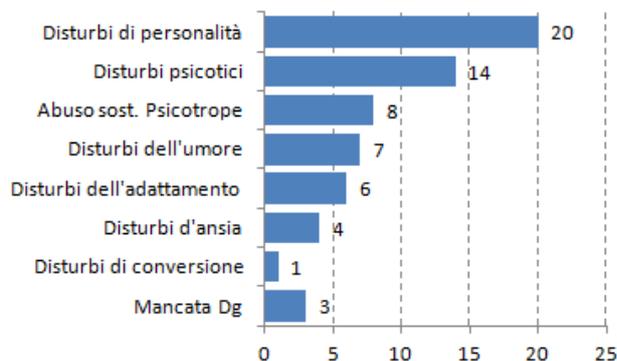


Fig.65 - Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza fino al 2014 per diagnosi alla dimissione (un utente può avere più di una diagnosi alla dimissione)



12.3 Casa Zacchera

Un'esperienza specifica della nostra Regione, cui anche le altre regioni stanno guardando con particolare attenzione nell'ambito del complesso tema del superamento degli OPG, è rappresentato da Casa Zacchera. Nell'ambito della provincia di Forlì si è realizzato un sistema di strutture ricettive nelle quali trovano collocazione persone che, sottoposte alla misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, sono ammesse alla libertà vigilata. Un progetto della Regione Emilia-Romagna ha individuato la possibilità di accogliere in tali strutture i pazienti che dopo un periodo trascorso in OPG hanno raggiunto un livello di compenso psicopatologico e di adeguatezza comportamentale tali da rendere più indicate strutture con maggiori potenzialità terapeutico-riabilitative.

Tra queste, nel comune di Castrocaro Terme (FC), esiste una struttura denominata "Casa Zacchera" che rappresenta un'alternativa molto importante, agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) nell'ambito di un progetto specifico promosso dalla Regione Emilia-Romagna e avviato nel 2007, rivolta a pazienti detenuti con lievi disturbi di personalità o eventuali forme di psicosi stabilizzate.

Casa Zacchera è una **residenza sanitaria psichiatrica di tipo socioriabilitativo** (la meno intensiva delle residenze sanitarie) gestita da Generazioni società cooperativa sociale ONLUS (precedentemente denominata Sadurano Salus). Ha ottenuto l'accreditamento istituzionale sanitario nel marzo 2009 per 18 posti.

La struttura ospita utenti dimessi dall'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia per un periodo non superiore ai due anni. Il progetto è attivo dal 2008 e ad aprile 2015 sono stati accolti 68 pazienti, con un'età media di 44 anni. Le imputazioni erano per la maggioranza dei casi reati sulla persona, reati minori, omicidi o tentati omicidii, più altro reati. Dei 52 dimessi dalla struttura 7 sono rientrati in OPG o in carcere, 6 sono stati dimessi a domicilio; 32 sono stati inseriti in una residenza per pazienti psichiatrici generici, 3 in gruppo appartamento, 1 in SPDC, 1 in una residenza semiprotetta, 1 è in allontanamento, 1 è deceduto.

Nel 2014 si sono verificati 7 ingressi e 5 dimissioni, seguite rispettivamente da 2 ingressi e 3 dimissioni nei primi mesi del 2015 fino ad aprile. La consistenza di pazienti presenti nella struttura è stata pari a **16 unità sia al 30.6.2014 che al 31.12.2014**.

La struttura è finanziata a retta, che viene pagata dalle AUSL di residenza. Per gli utenti emiliano-romagnoli la retta pagata dalle Aziende sanitarie viene poi posta a carico del Fondo regionale pazienti ex ospedale psichiatrico e ex ospedale psichiatrico giudiziario.

Questi primi anni di lavoro confermano l'ipotesi che **strutture alternative anche a bassa protezione riescono ad accogliere pazienti, altrimenti costretti in luogo inidoneo ed inutile e al limite dannoso per i loro bisogni**. Conforta inoltre la constatazione che persone che creano un forte allarme sociale, dato il tipo di reato commesso, opportunamente valutate possono essere seguite adeguatamente in una struttura a bassa sorveglianza senza esporre loro e la comunità a rischi particolari.

È fondamentale il controllo sugli ingressi: sono infatti accolti solo pazienti provenienti dall'OPG, dopo un periodo congruo di osservazione e di trattamento, e dopo una valutazione positiva sia da parte della Direzione Sanitaria dell'OPG che del responsabile del progetto.

La sperimentazione in atto nella struttura è vista con particolare attenzione anche da altre Regioni, che sono interessate a riprodurre l'esperienza nel loro territorio.

La Residenza Sanitaria Psichiatrica Casa Zacchera ha fino ad ora ospitato 68 pazienti residenti in Emilia Romagna e provenienti prevalentemente dall'OPG di Reggio Emilia. Di seguito riportiamo i dati che evidenziano la provenienza, diagnosi e tipologia di reato.

Tab.85 - Pazienti per DSM di riferimento al 30.4.2015

Provincia	n. pazienti
Piacenza	5
Parma	5
Modena	8
Bologna	15
Imola	4
Ferrara	7
Ravenna	7
Rimini	8
Forlì	4
Cesena	5
Totale	68

Fig.66 - Pazienti per tipologia di reati commessi



Fig.67 - Numero di diagnosi

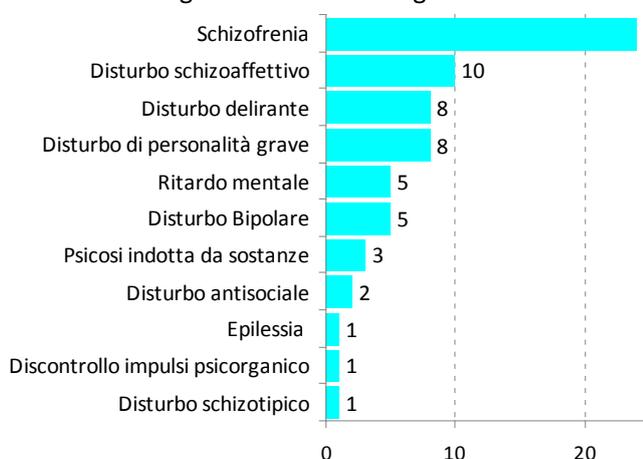


Fig.68 - Dimissioni per tipologia

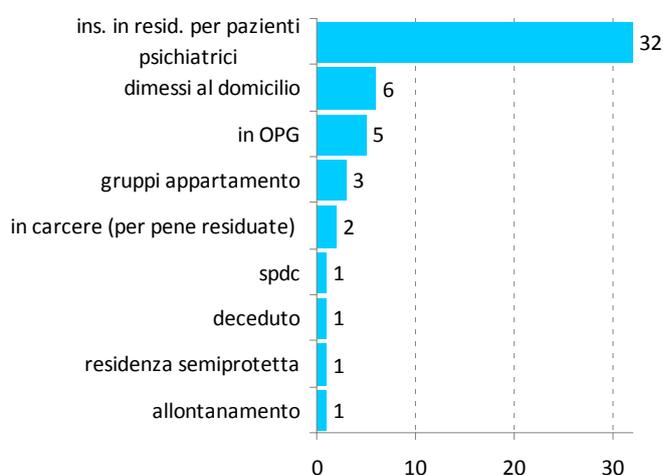
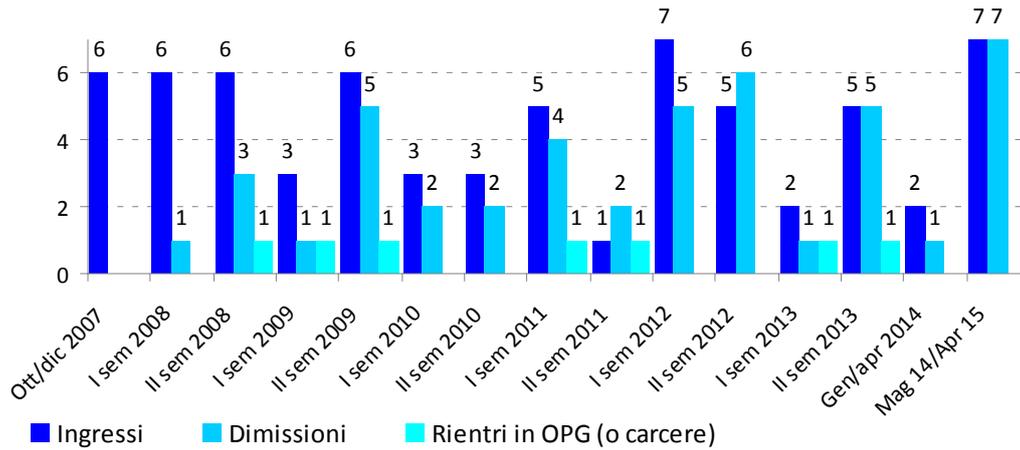


Fig.69 - Ingressi e dimissioni dall'apertura



12.4 L'Arcipelago

La **Residenza a Trattamento Intensivo "Arcipelago"** è una struttura per breve degenza dell'Azienda USL di Bologna. Funzionalmente è una struttura che afferisce all' Unità Operativa Semplice Dipartimentale RTI Arcipelago e Carcere all'interno dell'area Emergenza-Urgenza del DSM-DP di Bologna.

Ha **18 posti letto** ed un organico composto attualmente da 4 medici, 15 infermieri, una coordinatrice infermieristica e 3 OSS. Accoglie **utenti inviati prevalentemente dagli SPDC e dai CSM** dell'AUSL bolognese, su base volontaria, con degenza di 30 giorni prorogabili a 60, come da accreditamento regionale. Non effettua inserimenti in urgenza.

Dal 2011 afferisce organizzativamente all' UO anche l'équipe psichiatrica operante nel carcere della Dozza (3 medici e 2 infermieri). In concomitanza con tale modifica organizzativa la residenza ha iniziato a **riservare una quota di 4/5 posti letto per i pazienti con provvedimenti giudiziari** disposti dalla Magistratura.

Sotto tale definizione vengono comprese varie tipologie di pazienti:

- invii diretti di pazienti detenuti per **episodi di scompenso psichico** non adeguatamente affrontabili all'interno del carcere;
- pazienti **in uscita dall'OPG** (licenza finale esperimento o libertà vigilata) per un periodo di osservazione e trattamento e per consentire ai CSM di apprestare un adeguato progetto territoriale (RTP, abitare supportato, assistenza domiciliare, etc.);
- pazienti **con misura di sicurezza provvisoria** (solitamente arresti domiciliari) in attesa di perizia o di altro provvedimento giudiziario;
- pazienti **in carico al CSM provenienti dal domicilio o da altre strutture e già sottoposti a misura di sicurezza non detentiva**.

Nel 2014 sono stati accolti in struttura 2 pazienti detenuti (con o senza piantonamento), 3 provenienti direttamente dall'OPG e 15 in attesa di perizia o provenienti dal domicilio o da altre strutture e sottoposti a misura di sicurezza non detentiva.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I – Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

**AL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ROMA**

Sig. Capo del Dipartimento Pres. Giovanni Tamburino
Sig. Vice Capo del Dipartimento Vicario Consigliere Simonetta Matone
Sig. Vice Capo del Dipartimento Dr. Luigi Pagano

Mail nr. 42380/gen/S.D./

del 05/11/2012

OGGETTO: Circolare n. 206745 del 30.05.2012- Realizzazione del circuito regionale ex art. 115 D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000.

Facendo seguito alla nota n. 37831/Prog./S.D. del 2 ottobre 2012, con la quale si inviavano le linee metodologiche in ordine alla realizzazione di un circuito regionale ex art. 115 D.P.R. 230/2000, si rappresenta che questo Ufficio ha sviluppato la sua analisi con particolare riferimento ai seguenti dati:

- Il 50% dei presenti ha una posizione giuridica di "condannato" e una buona metà di questi sconta una pena inferiore ad anni 2;
- Poco più del 20% ha una pena superiore ai 5 anni che deve essere espiata in una Casa o Sezione di Reclusione;
- La restante parte dei condannati sta espiando pene comprese tra i 2 ed i 5 anni.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I – Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

- Una stima che tiene conto delle ostatività giuridiche e/o dell'assenza dei requisiti personali/sociali restringe al 30% del totale dei condannati la completa possibilità di accesso alle misure alternative;
- Sul totale dei detenuti presenti circa 260 soggetti rientrano nella categoria dei c.d. "protetti", di cui ben 185 imputati o condannati per reati a sfondo sessuale;
- Poco inferiore al 4%, è la presenza della popolazione detenuta femminile;
- Il 43% dei detenuti risulta residente in Emilia Romagna;
- Nelle Sezioni AS di Bologna, Parma e Piacenza risultano presenti 204 detenuti, ai quali si devono aggiungere 52 soggetti sottoposti al regime speciali di cui all'Art. 41/bis O.P.

Dal punto di vista trattamentale risultano di particolare interesse la realtà della custodia attenuata di Rimini, il polo Universitario di Bologna ed il Reparto di Osservazione Psichiatrica di Piacenza.

Territorializzazione

Al fine di rispettare il principio di territorializzazione si è ritenuto di prevedere idealmente una suddivisione del circuito regionale suddividendolo sostanzialmente in tre ambiti territoriali.

Il primo corrispondente con il territorio dell'Emilia, comprendente gli Istituti di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena e Castelfranco Emilia.

Il secondo corrispondente con il territorio della Romagna, comprendente gli Istituti di Ferrara, Ravenna, Rimini e Forlì.

Il terzo polo corrispondente con l'Istituto di Bologna è stato considerato, per la sua centralità geografica ed in ragione del grande flusso di ingressi, in modo autonomo.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I – Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Questa tripartizione geografica dovrebbe consentire di gestire i flussi in ingresso e gli spostamenti da Istituto ad Istituto, garantendo trasferimenti nell'arco di 40 Km e realizzando così un sistema di vasi comunicanti tra i due Istituti a maggior flusso d'ingresso, Bologna e Modena, e quelli limitrofi rispettivamente di Ferrara e Modena per Bologna e Reggio Emilia per quest'ultima.

Costituzione di Aree omogenee

Il secondo elemento caratterizzante il progetto è rappresentato dalla definizione di ambiti detentivi omogenei in ragione di caratteristiche giuridiche, personali e sociali ritenute importanti per la realizzazione di percorsi trattamentali.

In tal senso si individuerrebbero cinque circuiti differenziati tra di loro:

- Condannati media sicurezza

○ All'interno di tale circuito si differenziano i detenuti in ragione del loro fine pena, dell'ipotetica possibilità di accesso alle misure alternative alla detenzione e della loro residenza;



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I - Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Circuito Condannati media sicurezza		
Istituto	N. reparti	Descrizione
Piacenza	1	Pene fino a 5 anni con accesso a misure alternative
Parma	1	Pene superiori ad anni 5
Reggio Emilia	2	Pene fino a 5 anni con accesso a misure alternative
Modena	3 Nuovo Padiglione	Pene superiori ad anni 5 privi dei requisiti accesso mis.altern.
Bologna	2	Pene superiori ad anni 5 con accesso misure alternative
Bologna	2	Pene fino a 5 anni con accesso a misure alternative
Bologna	1	Pene fino a 2 anni con accesso a misure alternative
Ferrara	2	Pene superiori ad anni 5 privi dei requisiti accesso mis.altern.
Ferrara	2	Pene fino a 5 anni privi dei requisiti accesso a mis. alternative
Ravenna	1	Pene fino a 2 anni privi dei requisiti accesso a mis. alternative
Rimini	1	Pene fino a 2 anni privi dei requisiti accesso a mis. alternative



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I - Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

- Protetti media sicurezza

o La proposta che viene qui prospettata è frutto dell'accorpamento, da otto a quattro, delle sezioni dedicate a questo particolare tipo di utenza. Occorre inoltre precisare che è intenzione di questo P.R.A.P. dare precise direttive in modo da differenziare i soggetti da proteggersi e da trattare in ragione dei delitti a sfondo sessuale da quelli, viceversa, da tutelare con riferimento a problemi relazionali e di convivenza legati a chiamate in correità, collaborazioni marginali, ex Z, appartenenti alle Forze dell'Ordine, ecc. l'accorpamento risponde alla necessità di costituire reparti di dimensioni tali da evitare l'isolamento e l'impossibilità di offrire anche a questa categoria di persone attività trattamentali.

Circuito Protetti media sicurezza		
Istituto	N. reparti	Descrizione
Piacenza	2	Sex offenders
Modena	2	Tutte altre tipologie ad eccezione sex offenders
Forlì	2	Sex offenders
Rimini	1	Transessuali



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I - Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

- Femminile media sicurezza

- Per quanto concerne il circuito per donne, che già prevede una sezione di reclusione a Bologna ed una per congiunte di collaboratori di giustizia a Reggio Emilia, allo stato, non necessita di modifiche;

Circuito Femminile media sicurezza		
Istituto	N.reparti	Descrizione
Piacenza	1	circondariale
Reggio Emilia	2	Congiunte di collaboratori di giustizia
Bologna	1	Reclusione
Bologna	1	circondariale
Forlì	1	circondariale

- Circondariale media sicurezza

- La soluzione prospettata pare funzionale con riferimento a vari aspetti. In primo luogo consente di garantire il flusso d'ingresso degli arrestati in ognuna degli istituti della Regione. In tal senso è da notare la previsione di Bologna e di Modena che tiene conto, delle necessità di quegli istituti e dei



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I - Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

loro territori. Per altro verso, come già accennato in premessa, si ritiene che questi due istituti, che risultano statisticamente quelli con il maggior gravame di arrestati, possano far riferimento ad istituti limitrofi che possono accogliere i detenuti dei primi due dopo la sentenza di primo grado (In tal senso si veda la possibile funzione degli istituti di Reggio Emilia e Ferrara).

Circuito Circondariale media sicurezza		
Istituto	N.reparti	Descrizione
Piacenza	2	
Parma	6	
Reggio Emilia	2	
Modena	4	
Bologna	8 *	
Ferrara	3	
Ravenna	2	
Forlì	1	
Rimini	3**	
*di cui 1 polo universitario - ** 1 inagibile		



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I - Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

- Alta sicurezza

Pur non rientrando nella competenza gestionale di questo P.R.A.P. si ritiene opportuno descriverlo in quanto ci consente di fare proposte modificative in relazione ad una migliore funzionalità della rete regionale. In particolare se la sezione A.S.3 di Piacenza fosse trasferita presso gli istituti di Parma questo consentirebbe, allo stesso tempo, quello che riteniamo un miglioramento nella gestione dei due istituti. Ci si riferisce, in particolare, alla conseguente riduzione della complessità gestionale del primo istituto attraverso l'ampliamento degli spazi da dedicare ai sex offenders o ad un'altra sezione da destinare a condannati a pene non superiori ai cinque con probabilità di uscita in misura alternativa. Analogamente l'inserimento a Parma della nuova sezione di A.S.3 consentirebbe, viceversa, la complessiva caratterizzazione di uno dei due paglioni dell'istituto che, in tal modo, garantirebbe un trattamento omogeneo e concreto.

Circuito alta sicurezza		
Istituto	N. reparti	Descrizione
Piacenza	1	a.s. 3
Parma	3	a.s. 3 - a.s.1
Parma	1	"z"
Bologna	2	a.s. 3
Ferrara	1	Collaboratori di giustizia



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I - Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Ulteriori considerazioni e proposte

- Apertura nuovi padiglioni

o Nella disanima che si sta compiendo è necessario citare il fatto che nel Distretto è stato completato il nuovo padiglione di Modena per un totale di 196 posti tollerabili. La sua apertura è già stata inserita nell'ipotesi del circuito per condannati. Occorre, in tal caso, accelerare in primo luogo la progettazione di attività trattamentali che consentano la progressiva ricezione dei detenuti condannati che si intenderebbero inviare presso quella struttura. Senza tale prodromica implementazione la struttura non potrebbe essere gestita secondo nuove e flessibili modalità e si rischierebbe di trasformarla in un contenitore destinato all'ozio con tutti i riflessi che ben si conoscono in termini di reattività e di criticità gestionali. Combinare la scelta della tipologia di detenuti da inviare con il tipo di trattamento da offrire e definire quindi il tipo di vigilanza e custodia, tra l'altro, è essenziale e rispetto al necessario passaggio sindacale dovuto con riferimento all'organizzazione del lavoro. Si segnala, inoltre, che la scelta di impiegare la struttura finalizzandola all'accoglienza di condannati con pene superiori ai cinque anni, comporta l'adozione di un formale Decreto da parte del Sig. Ministro della Giustizia che, in tal caso, è da prevedersi. Discorsi in divenire, seppure analoghi, possono essere prospettati con riferimento all'edificando padiglione di Piacenza e al padiglione ancora oggi destinato all'O.P.G. di Reggio Emilia. Complessivamente le due citate strutture comporterebbero l'aumento delle capienze tollerabili rispettivamente di 196 e 164 posti. In questi casi, a differenza che per Modena, si ha tutto il tempo per programmare adeguatamente le nuove soluzioni operative che si vorranno adottare.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I – Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

- Internamento e rilancio della Casa di Reclusione a custodia attenuata di Castelfranco Emilia

o Si premette che la questione dell'internamento dovrebbe essere risolta territorialmente, nel senso che, mai come in questo caso, la presenza attiva dei servizi dell'ultimo territorio di appartenenza è decisiva per l'inserimento della persona con la conseguente cessazione della misura di prevenzione detentiva, e che questo consiglierebbe l'apertura di sezioni di internamento presso ognuno dei Distretti regionali. Nelle more di tali valutazioni si intende proporre l'ipotesi, tutta verificare, per la quale almeno una parte degli internati di Castelfranco Emilia, in particolare quelli alcool e tossicodipendenti, possano essere trasferiti presso la Casa Circondariale di Forlì ove aprire una sezione di internamento in modo da consentire la loro presa in carico da parte del Ser.T. locale, particolarmente dotato, in ragione della cura della loro dipendenza e per l'invio successivo ai loro territori in ragione di un progetto di reinserimento. In tal modo l'istituto di Castelfranco Emilia potrebbe essere adibito ad ospitare detenuti condannati con pene inferiori ai due anni e senza concreta possibilità di fruire di misure alternative alla detenzione. Per loro, infatti, la struttura, che vede la presenza di ampi spazi coperti e attrezzati dal punto di impiantistico, e di un tenimento agricolo di particolare importanza, potrebbe costituire il punto di arrivo di un percorso trattamentale, iniziato in altri istituti, via via evoluto sino ad una gestione avanzata e finalizzata alla dimissione. A tal fine occorre prendere in considerazione la necessità di ristrutturare un'ala dell'istituto, allo stato non utilizzata, come reparto detentivo di circa 90 posti. I laboratori e la falegnameria, oggi non attivi, potrebbero essere dati in comodato d'uso ad imprenditori profit o non profit capaci di prospettare validi progetti imprenditoriali.

- Rientro dei residenti

o Occorre evidenziare che ben 731 detenuti residenti in Emilia Romagna risultano ristretti in altri Distretti. In ossequio allo spirito della norma



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I – Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

e al fatto che molto probabilmente il loro rientro in Regione potrebbe migliorare la loro qualità di vita con l'avvicinamento familiare e alle risorse del loro territorio e, contestualmente, favorire l'attivazione delle risorse personali ed istituzionali in ragione dell'obiettivo di giungere al reinserimento nel corso o al termine della pena inflitta, sarebbe interessante verificare tale possibilità attraverso lo scambio di residenti in altre Regioni detenuti in Emilia Romagna.

- Modalità di attivazione del circuito

o Si ritiene che l'attivazione del circuito qui prospettato possa procedere per progressive implementazioni di azioni e progetti. In particolare:

▪ la prima di tali azione potrebbe essere una direttiva indirizzata alle direzioni dipendenti con l'invito a suddividere nelle sezioni di propria pertinenza i detenuti secondo le categorie qui indicate.

▪ Una seconda azione potrebbe essere quella di dare vita a progetti trattamentali, quali il rilancio delle attività del polo universitario di Bologna, la costituzione di una squadra di rugby presso la Casa circondariale di Ferrara oltre allo sviluppo delle attività trattamentali presenti.

▪ Una terza potrebbe essere il trasferimento presso gli istituti di Modena e Ferrara di una aliquota di detenuti in modo da costituire le sezioni ivi previste dal presente progetto.

▪ Una quarta, aggregare presso gli istituti di Piacenza e Forlì i detenuti oggi afferenti ai vari reparti "protetti" della Regione in modo da iniziare, in particolare per i sex offenders" le azioni trattamentali ritenute necessarie. Rispetto a Modena si potrebbe ivi allocare i restanti detenuti c.d. "protetti – promiscui" in modo da garantire loro una omogeneità ma anche gli spazi adeguati di detenzione.

▪ Una quinta, verificare la possibilità di utilizzare reparti di semilibertà oggi scarsamente utilizzati al fine di ospitare detenuti c.d. "dimittendi" in modo da liberare spazi interni e generare condizioni detentive migliori. È da considerarsi, infatti, l'urgente necessità di trovare soluzioni per limitare la compressione del sovraffollamento interno ai reparti anche



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna
Ufficio dei Detenuti e del Trattamento

Sezione I – Detenuti e Internati

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

attraverso una riconsiderazione degli spazi disponibili. A titolo di esempio occorre sottolineare che gli istituti sono dotati di spazi detentivi variamente denominati ed impiegati quali transiti, isolamenti, infermerie, e semilibertà, ecc. spesso sottoutilizzati anche per le loro caratteristiche. Varrebbe, così come si propone, la pena di considerarne utilizzi alternativi e più stabili rispetto a quelli oggi in uso.

- Gestione del circuito regionale

o Al fine di gestire adeguatamente il circuito preme sottolineare la necessità di dotarsi di strumenti di coordinamento a livello di Provveditorato che consentano di verificare adeguatamente il flusso delle varie tipologie di detenuti all'interno dei reparti a loro destinati. In tal senso l'Ufficio Detenuti e Trattamento si sta adoperando al fine di codificare adeguatamente i vari reparti. Parallelamente è allo studio il coordinamento delle modalità proprie dei vari regimi interni allo stato in uso nei vari istituti, in modo da graduarli rispetto alla progressione trattamentale e renderli omogenei sull'intero territorio regionale.

Nel rimanere a disposizione per ogni eventuale chiarimento si coglie l'occasione per inviare cordiali saluti

Bologna 5 novembre 2012

Distinti saluti

Il Provveditore Regionale
Pietro Buffa



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Prot. nr. 22003 =

Bologna li, 25 LUG. 2013

Al Sig. Direttore dell'Ufficio Detenuti e Trattamento
Dr. Armando Reho
SEDE

Al Sig. Direttore dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna
Dr.ssa Maria Paola Schiaffelli
SEDE

Ai Sigg Direttori degli II.PP.
Loro sedi

Ai Sigg. Direttori degli U.E.P.E.
Loro sedi

E per l'opportuna conoscenza

Al Sig. Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Pres. Giovanni Tamburino

Al Sig. Vice Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Dr. Luigi Pagano

Al Sig. Direttore della Direzione Generale Ufficio Detenuti e Trattamento
Cons. Calogero Roberto Piscitello

Al Sig. Direttore della Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna
Dr. Emilio Di Somma

Oggetto: Umanizzazione della pena.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

§ 1. Premessa

Come noto, in data 27 maggio u.s., la Grande Camera della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (C.E.D.U.) ha respinto il ricorso alla sentenza di condanna nei confronti dell'Italia per trattamento inumano e degradante emessa l'8 gennaio di quest'anno e riguardante il ricorso presentato da sette persone detenute¹. Con tale decisione la sentenza originaria assume carattere definitivo e pertanto, ai sensi della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, l'Italia ha, da questa data, un anno esatto per trovare soluzioni idonee atte a ridurre il sovraffollamento carcerario e porre in essere le procedure di risarcimento.

Questo, da un punto di vista giudiziario ma anche sostanziale, segna un punto di non ritorno considerate le conseguenze di tale pronunciamento. In verità l'Amministrazione penitenziaria ha già affrontato l'argomento, da un lato proponendo al Legislatore misure deflattive², peraltro accolte, in materia di divieto di conduzione in carcere degli arrestati in flagranza di reato o l'innalzamento dapprima a 12 e poi a 18 mesi del limite di pena utile per la fruizione della detenzione domiciliare. Tali misure hanno effettivamente ridotto le presenze, seppure in misura minore rispetto alle aspettative. In questo filone si inserisce, ancora di recente, il d.l. 1 luglio 2013, n. 78. Parallelamente è altresì nota la previsione di un Piano straordinario per aumentare il numero dei posti letto attraverso l'edificazione di nuovi istituti e l'ampliamento di alcuni già in funzione. Al di là di tali azioni è ormai copiosa la produzione di direttive, da parte dell'Amministrazione centrale, finalizzate all'umanizzazione della pena detentiva che, peraltro, non fanno che richiamare e rimarcare i contenuti dell'ordinamento penitenziario.

Tra queste direttive, quella relativa alla realizzazione dei circuiti previsti dall'articolo 115 del regolamento di esecuzione, quale presupposto strutturale su cui fondare un processo di umanizzazione, è quella che investe direttamente le responsabilità delle articolazioni regionali e locali.

Da tale sintetica premessa consegue che in capo all'Amministrazione, in ogni sua componente, grava l'onere della realizzazione di quanto è, almeno dal 1975, suo dovere

¹ Torreggiani e altri vs Italia, ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10.

² Vedasi a tal proposito quanto riportato nella nota del Capo del Dipartimento n. 0445330 del 24.11.2011.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

per realizzare il principio costituzionale e di conseguenza ordinamentale del rispetto dell'umanità e della dignità della persona in carcere.

L'attività della C.E.D.U. rende tale obbligo esigibile e il mancato rispetto delle regole sanzionabile. In tal senso quella responsabilità sancita normativamente comporta, a questo punto, oneri ben precisi. Per inciso occorre far notare che, in alcuni istituti italiani, sono state presentate istanze, ben argomentate ed articolate sulla base dei principi e delle regole citate nelle sentenze di condanna della C.E.D.U., indirizzate al direttore dell'istituto. Esse sono volte ad ottenere l'applicazione concreta di tali principi. È evidente che l'inerzia di fronte a tali istanze potrebbe dare spazio a richieste di risarcimento non più genericamente rivolte allo Stato italiano, bensì ai responsabili amministrativi coinvolti.

Tutto ciò posto si ritiene opportuno ripercorrere gli elementi salienti della censura della C.E.D.U. al fine di delineare, con precisione, i confini ritenuti formalmente inumani e degradanti per poi elencare le azioni di contrasto necessarie.

§ 1.1. Inumano e degradante

Si premette che la questione dell'umanità, evidentemente, non si esaurisce nello spazio messo a disposizione ad una persona in carcere. Certamente da questo occorre partire per allargare lo spettro delle criticità e per individuare le più idonee misure migliorative. È questo il pensiero della Corte laddove esclude qualsiasi automatismo per quanto riguarda il rapporto tra la dimensione delle celle e il numero dei detenuti ivi ristretti. Tuttavia, nelle sue valutazioni, essa prende spunto dagli standard del Comitato europeo per la prevenzione della tortura (C.P.T.)³. Secondo quest'ultimo, lo spazio auspicabile è di 7 metri quadrati per detenuto con una distanza di 2 metri tra le pareti e di 2.50 metri tra il pavimento e il soffitto. Per altro verso la C.E.D.U. considera evidente violazione dell'articolo 3 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, la permanenza in una cella in cui l'individuo abbia a disposizione meno di 3 metri quadrati a testa.

³ In particolare gli standard del Comitato sono consultabili sul sito www.cpt.coe.int



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Tra i 3 e i 7 metri quadrati a disposizione la disumanità è inversamente proporzionale al grado di implementazione di una serie di fattori compensativi. Il primo tra tutti è contemplato nei citati standard del C.P.T. secondo cui "l'obiettivo dovrebbe essere quello di assicurare che i detenuti negli istituti di custodia cautelare possano trascorrere una ragionevole parte della giornata – 8 ore o più – fuori dalla cella, occupati in attività motivanti di vario tipo. Negli istituti per condannati, ovviamente, i regimi dovrebbero essere di livello ancora più elevato"⁴.

Tra gli altri fattori di cui tener conto, la Corte, nella sentenza Sulejmanovic vs Italia⁵, contempla: la durata della privazione della libertà, le possibilità di accesso all'aria aperta, le condizioni mentali e/o fisiche del detenuto, la possibilità di usare privatamente i servizi igienici, l'areazione della cella, l'accesso alla luce e all'aria naturali, la qualità del riscaldamento, il rispetto delle esigenze sanitarie di base, le condizioni stabilite dalle regole europee⁶ e, aggiungiamo noi, quelle italiane⁷.

Più in generale, nella valutazione della disumanità, la giurisprudenza consolidata della C.E.D.U. afferma che l'articolo 3 della Convenzione pone a carico delle autorità penitenziarie un obbligo positivo consistente nel fare in modo che le modalità di esecuzione detentive "non sottopongano l'interessato ad uno stato di sconforto né ad una prova d'intensità che ecceda l'inevitabile livello di sofferenza inerente alla detenzione e che, tenuto conto delle esigenze pratiche della reclusione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati adeguatamente"⁸.

Ad ulteriore corollario pare importante citare le considerazioni espresse in calce alla citata sentenza dal giudice Sajò che afferma "l'umanità della situazione risiede nel fatto che lo Stato non ha dimostrato di avere adottato misure compensative supplementari per attenuare le condizioni estremamente gravose derivanti dalla sovrappopolazione del carcere. E esso avrebbe potuto prestare particolare attenzione alla situazione, ad esempio, concedendo altri vantaggi ai detenuti. Ciò sarebbe servito a far passare loro il messaggio

⁴ Standard CPT, parte II, Detenzione, art. 47 2° comma.

⁵ Sulejmanovic Vs Italia ricorso n. 22635/03.

⁶ In particolare vedasi l'articolo 18 della Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee.

⁷ In particolare gli artt. 6 o.p. e 6 e 7 r.e.

⁸ Sulejmanovic vs Italia ricorso n. 22635/03.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

che lo Stato, pur dovendo far fronte ad un'improvvisa crisi carceraria, non era indifferente alla sorte dei detenuti e intendeva creare condizioni detentive che, tutto sommato, non facessero pensare al detenuto come a nient'altro che un corpo da dover sistemare da qualche parte"⁹.

Le citazioni, a parere dello scrivente, ben descrivono lo spirito che ci deve guidare nell'opera di umanizzazione per il tramite della gestione quotidiana del regime penitenziario e delle attività trattamentali. Così si esprime anche l'Istituto Superiore di Studi Penitenziari laddove afferma che le direttive emanate, almeno dal 2011, hanno avviato un cambiamento strategico, organizzativo e gestionale dell'Amministrazione penitenziaria teso a recuperare compiutamente il senso della norma, costituzionale ed ordinamentale, richiamato anche dalle direttive europee e dalle stesse sentenze della C.E.D.U.¹⁰.

In altre parole quanto efficacemente condensato nel sintetico slogan che individua nelle direttive e nelle azioni poste in essere e, soprattutto, in quelle che verranno una **"Rivoluzione normale"**.

§ 1.2. Umanizzazione e gestione del rischio penitenziario

Nell'ottica dell'umanizzazione è necessario prendere in considerazione i rischi connessi ai livelli di pericolosità tipici della popolazione ristretta negli istituti penitenziari. A tal proposito soccorrono le previsioni della Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee, secondo cui "le condizioni di alloggio dei detenuti devono soddisfare le misure di sicurezza meno restrittive possibili e proporzionali al rischio che gli interessati evadano, si feriscano o feriscano altre persone"¹¹. Analogamente lo stesso Legislatore italiano aveva già previsto nell'ordinamento penitenziario che il mantenimento dell'ordine e della sicurezza interna agli istituti

⁹ Sulejmanovic vs Italia ricorso n. 22635/03.

¹⁰ I.S.S.Pe, La via del cambiamento attraverso un modo d'essere diverso. La sorveglianza dinamica – Linee guida per gli operatori penitenziari, aprile 2013.

¹¹ Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee, art. 18.10.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

penitenziari non possa determinare l'adozione di restrizioni non giustificabili o non indispensabili ai fini giudiziari nei confronti degli imputati¹².

In tal senso è opportuno sottolineare che le direttive dipartimentali, e quelle che seguono, si riferiscono espressamente ed esclusivamente al circuito della c.d. media sicurezza rimanendo escluso, pertanto, tutto il circuito afferente alla c.d. alta sicurezza e alla gestione dei detenuti sottoposti al regime di cui all'articolo 41bis dell'ordinamento penitenziario.

D'altra parte la potenziale pericolosità va affrontata e gestita con uno spirito di prevenzione del rischio e non di vessazione. In tal senso, oltre alle questioni relative allo spazio a disposizione, occorre tener presente anche una serie di altri elementi, propri del regime di vita e di relazione.

L'Amministrazione, da parte sua, ha più volte impartito varie direttive tese al miglioramento di questi aspetti. Ci si riferisce, in particolare, ad una serie di note circolari che, dapprima, hanno avuto un valore transitorio e si sono riferite all'esigenza di compensare le maggiori difficoltà connesse alla stagione estiva¹³. Successivamente si è ritenuto di stabilizzare tali misure al di là della contingenza estiva. In particolare si è auspicata la possibilità di garantire le docce più frequentemente, l'intensificazione delle giornate e degli orari dedicati ai colloqui e alle telefonate, l'apertura dei blindati anche nelle ore notturne e l'incremento dei momenti di socialità.

Parallelamente si sono date indicazioni per ottenere una maggiore presenza del volontariato e dei contatti con la comunità esterna.

Si è infine rimarcato, nel solco del principio della differenziazione, l'attivazione di reparti dedicati all'accoglienza e al trattamento di persone in via di dimissione¹⁴.

§ 2. Differenziazione

¹² Art. 1, 3° comma o.p.

¹³ In particolare si ricordano le circolari: D.A.P. n. 3620/6070 del 06.07.09, D.A.P. n. 0177644 del 26.04.10, D.A.P. D.G. Detenuti e Trattamento n. 290895 del 08.07.10, D.A.P. - Ufficio Capo del Dipartimento n. 293197 del 28.07.11;

¹⁴ Si prenda in considerazione il combinato disposto di cui agli artt. 13, 14 o.p. e 88 r.e.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

La differenziazione costituisce la base essenziale dell'intero programma che si va prospettando. Dall'efficace individuazione di gruppi a diverso potenziale di aggressività, pericolosità e problematicità, dipende il tipo di allocazione, la gestione e l'offerta trattamentale. In tal senso, come abbiamo già visto, la stessa C.E.D.U. rimanda al principio di proporzionalità tra il rischio e il livello di restrizione¹⁵, sancito dalle norme europee e nazionali¹⁶.

Proprio le citate indicazioni per l'attivazione delle sezioni dimittenti introducono una delle prime griglie di valutazione dei detenuti in termini di pericolosità¹⁷.

Alla fine del 2011 il Capo del Dipartimento ha emanato ulteriori direttive, ancor più stringenti, in tema di differenziazione¹⁸. Uno degli obiettivi che si pone la direttiva in questione è specificatamente quello di **disciplinare le modalità di detenzione con riferimento alla media sicurezza.** Se tale circuito era stato previsto sin dal 1993¹⁹ la sua disciplina non era mai stata tentata prima. Tale obiettivo si intreccia con un secondo, costituito dall'intenzione di **superare, nell'ambito del suddetto circuito, quella che viene definita una "sostanziale dicotomia" tra i concetti e la pratica di sicurezza e quelli del**

¹⁵ Sulejmanovic pag 4

¹⁶ Vedi note 11 e 12.

¹⁷ Circ. n. 290895 del 08.07.10. Peraltro si tenga conto del combinato disposto di cui agli artt. 13, 14 o.p e dell'art. 88 r.e. In particolare le direttive individuavano quali destinatari di tali opportunità:

- detenuti comuni;
- prossimi alla liberazione con un residuo pena non superiore ad un anno;
- che, nel corso della detenzione, non abbiano dato adito a comportamenti sanzionati disciplinarmente;
- che non siano portatori di patologie psichiatriche o di precarie condizioni di salute che richiedano assistenza e cure mediche particolari;

Tale circuito è stato reso inaccessibile a soggetti classificati come pericolosi in ragione dei reati a loro ascritti e ricompresi tra quelli rubricati all'articolo 4bis dell'ordinamento penitenziario, afferenti al circuito A.S., o in ragione della loro condotta penitenziaria. Tra questi si segnalano, in particolare, coloro i quali sono o sono stati interessati dal regime di sorveglianza particolare ex articolo 14bis o.p.

¹⁸ Circ. D.A.P. – Ufficio Capo del Dipartimento n. 0445330 del 24.11.2011: Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione.

¹⁹ Circ. D.A.P. n. 3359/5809: Regime penitenziario. Impiego del Personale di Polizia penitenziaria. Gestione decentrata democratica e partecipata dell'Amministrazione penitenziaria.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

trattamento. Tale logica si fonda sull'analisi del rischio specifico del singolo sulla base del grado di pericolosità del reato commesso, desunto dal titolo del reato stesso e dall'affiliazione ad organizzazioni criminali, dalla condotta intramurale, dall'atteggiamento nei confronti della proposta trattamentale e nei rapporti con il personale e i compagni. La combinazione di tali variabili determina valutazioni prognostiche ed un regime detentivo diverso nelle modalità e nei tempi di inserimento.

La stessa direttiva da indicazioni precise rispetto alla procedura di analisi e alle precise responsabilità in capo ai vari operatori coinvolti. In tal senso:

- Il **comandante del reparto** formula una proposta contenente l'elenco nominativo dei detenuti potenzialmente inseribili al regime aperto.
- L'organo preposto alla decisione finale è individuata nell'**équipe** presieduta dal **direttore dell'istituto**.
- È prevista la possibilità di **rivedere il giudizio prognostico in senso positivo o negativo**. In tal senso sono previste riunioni periodiche di rivalutazione sulla base dell'evoluzione dei dati di conoscenza riportati nella direttiva stessa.

§3. Le azioni da porre in essere

Alla luce di tutto quanto premesso si indicano le azioni necessarie per procedere, **sin da subito**, all'implementazione di un programma di umanizzazione nell'ambito del Distretto dell'Emilia Romagna.

§ 3.1. Valutazione e differenziazione

Considerato che si è già disposta²⁰ la separazione tra condannati e non condannati, è necessario, a partire da questa, proseguire con la differenziazione della popolazione detenuta appartenente alla media sicurezza utilizzando, in particolare, i criteri e le

²⁰ Nota PRAP n. 48 del 15.01.2013: Circuito penitenziario regionale.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

modalità operative su indicate così come prospettati nella citata circolare²¹ alla quale, in ogni modo, si rimanda seppur con le precisazioni contenute nella successiva direttiva in ordine alla soppressione della terminologia classificatoria utilizzata che, tuttavia, lascia impregiudicati gli elementi di valutazione²².

Trattandosi di un'attività di selezione che opera all'interno di contesti che vedono situazioni gestionali e trattamentali già definite, si raccomanda il consueto **buon senso** e l'uso del **giusto equilibrio** al fine di non pregiudicare tali situazioni se non in palese contrasto con lo spirito delle direttive impartite.

In ogni caso, si sottolinea la fondamentale utilità che, **dopo l'attività istruttoria, le valutazioni vengano adeguatamente sviluppate all'interno dell'equipe** e che risultino oggettivamente gli elementi salienti e quindi le motivazioni che hanno supportato le scelte adottate.

Se dal punto di vista dei presenti l'attività si fonderà su dati ed elementi di conoscenza già acquisiti, si pone il problema dei futuri ingressi. Rispetto a questi ultimi soggetti, di cui ovviamente non è valutabile il comportamento intramurario, né il grado di adesione alle proposte trattamentali, varrà la valutazione relativa al titolo di reato, ai precedenti penali e alla conoscenza comportamentale relativa ad eventuali pregresse carcerazioni. È appena il caso di sottolineare l'importanza di tener in debito conto delle note di allertamento specifiche inviate dal D.A.P. e da questo Ufficio rispetto a rischi individuali di vario genere.

In ogni modo, così come previsto dalle direttive dipartimentali, si renderà necessario, ad ogni modifica sostanziale delle caratteristiche giuridiche o comportamentali, rivalutare la posizione espressa, per confermarla o meno, con una periodicità che verrà stabilita a livello locale.

²¹ Circ. D.A.P. – Ufficio Capo del Dipartimento n. 0445330 del 24.11.2011: Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione.

²² Circolare - Ufficio Capo del Dipartimento n. 206745 del 30.05.2012: Realizzazione circuito regionale ex art. 115 d.p.r. 30 giugno n. 230: linee programmatiche.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

In appendice si prospetta una tavola sinottica in modo da facilitare la valutazione.

§ 3.2. Graduale implementazione dei regimi differenziati

Premesso che la differenziazione e, di conseguenza, l'implementazione di regimi diversi deve rispondere, come già accennato, ad una logica ispirata alla prevenzione e non alla penalizzazione delle categorie ritenute meno affidabili, mano a mano che l'equipe di osservazione e trattamento avrà individuato i soggetti ritenuti non portatori di una pericolosità altamente significativa, essi verranno gradualmente allocati nelle sezioni caratterizzate da regime aperto.

La restante parte, valutata a maggior rischio gestionale pur rimanendo nel circuito di media sicurezza, permarrà in sezioni a regime chiuso. In un caso come nell'altro occorre sottolineare che dovrà essere garantito il rispetto dei parametri di vivibilità citati in premessa. Per comodità si riportano nella tabella che segue gli elementi gestionali che indicativamente possono distinguere i due regimi differenziati nell'ambito del circuito di media sicurezza. Tali elementi devono supportare la progettazione del regime che viene lasciata alla conoscenza diretta delle strutture e alla competenza dei sigg. Direttori e dei Loro Collaboratori. Il progetto elaborato verrà inviato a questo Ufficio, in modo che possa essere esaminato, e successivamente integrato nel progetto d'istituto. Di tutto questo sarà necessario tener conto anche nell'aggiornamento del Regolamento d'istituto.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

	Livello di pericolosità	
	Non significativo	Significativo
	Regime aperto	Regime chiuso
Apertura cella	> 8ore	= 8 ore
Apertura blindati	Illimitata nel corso di tutto l'anno	Illimitata dal 15/6 al 15/9
Docce	Accessibile nel corso dell'apertura delle camere di pernottamento.	Accessibile nel corso dell'apertura delle camere di pernottamento.
Lavoro	Possibilità di accesso ai lavori domestici intra ed extra sezione. Possibilità di accesso ai lavori per conto terzi. Possibilità di accesso ad attività lavorative esterne all'istituto in regime ex art. 21 o.p. Possibilità di accesso ad attività lavorative esterne al settore detentivo ma all'interno del plesso penitenziario con o senza accompagnamento.	Possibilità di accesso solo ai lavori intra sezione, salvo casi adeguatamente valutati. Tendenzialmente si esclude la possibilità di accesso ad attività lavorative esterne all'istituto in regime ex art. 21 o.p. o in attività lavorative esterne al settore detentivo ma all'interno del plesso penitenziario, con o senza accompagnamento.
Attività scolastico – formative	Possibilità di accesso a tutte le iniziative.	Possibilità di accesso solo dopo attenta valutazione
Attività sportive	Vigilanza indiretta ²³	Vigilanza diretta
Attività ricreative e culturali	Possibilità di accesso a tutte le iniziative.	Possibilità di accesso solo dopo attenta valutazione
Movimentazione interna	Anche senza accompagnamento	Solo con accompagnamento
Passeggio	Sei ore al giorno accesso libero e vigilanza indiretta	Quattro ore al giorno vigilanza diretta

§ 4. Circuito regionale e gestione del patrimonio trattamentale

²³ Circa i concetti di vigilanza diretta o indiretta vedasi lo specifico paragrafo § 5 e rimandasi alla Circolare del Sig. Capo del Dipartimento n. 3649/6099 del 22.07.2013 "Realizzazione circuito regionale ex art. 115 d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230: linee guida sulla sorveglianza dinamica"



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Come noto il circuito regionale è dotato di un patrimonio trattamentale costituito da iniziative lavorative, scolastico - formative, universitarie, culturali e sportive e di un sottocircuito a custodia attenuata destinato a tossicodipendenti. Alla luce della valenza trattamentale di tali iniziative e progetti e tenuto conto del fatto che la rimodulazione del regime detentivo qui prospettato si fonda, ovviamente, non solo sulla mera riparametrazione degli spazi detentivi ma, soprattutto, sull'offerta di occasioni di impegno, diventa essenziale fare in modo di saturare tutte le opportunità trattamentali già presenti e di svilupparne e consolidarne di nuove. A tal fine si invita il Sig. Direttore dell'Ufficio Detenuti e Trattamento di questo Ufficio a provvedere ad aggiornare il censimento delle attività trattamentali già attive negli istituti dipendenti, a verificare e fissare, in accordo con i Sigg. Direttori, la capienza massima per ogni iniziativa, i requisiti di accesso e, se previsto, l'inizio e il termine delle attività. Alla luce di tale aggiornamento verificherà periodicamente la disponibilità di posti e, in caso positivo, stimolerà le Direzioni del distretto a sfruttare tale disponibilità, anche attraverso bandi regionali e conseguente trasferimento degli aderenti.

I Sigg. Direttori avranno altresì cura di comunicare a questo Ufficio ogni nuova iniziativa attivata e le caratteristiche su indicate in modo da consentirne la pubblicizzazione all'intero distretto.

§ 4.1. Istituzione reparti dedicati a condannati dimittendi

Alla luce delle specifiche direttive emanate nel tempo²⁴, considerato il combinato disposto degli artt. 13, 14 o.p. ed 88 r.e, considerato altresì lo scarso utilizzo dei reparti di semilibertà e la volontà dal Dipartimento volta al pieno utilizzo di tali reparti, si dispone che i Sigg. Direttori elaborino i provvedimenti e le azioni necessarie per ivi collocare detenuti aventi le seguenti caratteristiche:

- Condannati definitivi con pena residua non superiore a sei mesi o, se già fruitori di permessi ex art. 30 ter, non superiore ad un anno;

²⁴ In particolare vedasi la già citata circolare D.A.P. n. 290895 del 08.07.10



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

- Valutati positivamente dall'Equipe di Osservazione e Trattamento in ragione del livello di pericolosità così come già indicato;
- Che non siano portatori di patologie psichiatriche o di precarie condizioni di salute che richiedano assistenza e cure mediche particolari;
- Gli ammessi al lavoro all'esterno ex art. 21 o.p.;

E' appena il caso di rammentare che l'eventuale inserimento presso le sezioni "dimittendi" non dovrà pregiudicare le attività trattamentali eventualmente già svolte dal soggetto e che, pertanto, si avrà cura di rendere compatibili entrambe le cose con il buon senso dovuto.

Considerata la necessità che il periodo in questione sia effettivamente utilmente impiegato per decomprimere la persona dopo il periodo di detenzione e in vista della sua scarcerazione, si rende opportuno che siano ricercate ed agevolate tutte le collaborazioni necessarie per ristabilire i contatti con il mondo esterno in modo che il momento dell'uscita sia più inclusivo possibile. In tal senso si rende necessario che i Sigg. Direttori degli Istituti e degli U.E.P.E., congiuntamente prendano contatti con gli Uffici pubblici che possono contribuire a tale scopo (es. Anagrafe, Uffici del Lavoro, Comuni, ecc.) e verifichino altresì la possibilità di ottenere disponibilità alla pronta accoglienza abitativa da parte del Volontariato per far fronte alle prime esigenze di coloro i quali versano nelle condizioni più indigenti.

Laddove non sia ipotizzabile una misura alternativa alla detenzione si tenga conto che l'introduzione, nell'ambito del citato d.l. 1 luglio 2013, n. 78, l'articolo 2 comma 1 lettera a), della possibilità di inserire soggetti detenuti in attività volontarie di utilità pubblica apre una vasta gamma di opportunità per generare un circolo virtuoso proprio per i soggetti in dimissione. A tal fine i Sigg. Direttori degli Istituti e degli U.E.P.E avranno cura di prendere i dovuti contatti con gli Uffici dello Stato e degli Enti Locali presenti sul territorio di propria competenza per sviluppare i progetti più idonei all'applicazione della norma citata. Analogamente sarà svolto da questo Ufficio a livello Regionale.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Si tenga altresì conto che l'interpretazione della norma lascia intendere la possibilità di impiegare i detenuti anche presso le strutture penitenziarie purché in attività esterne alla zona detentiva e se configurabili di pubblica utilità.

§ 4.2. Recupero degli spazi

L'istituzione delle predette sezioni dimittendi introduce il più vasto argomento del recupero di spazi detentivi oggi scarsamente o per nulla utilizzati. È evidente che l'umanizzazione della pena passa anche attraverso l'allargamento degli spazi a disposizione nelle camere di pernottamento. Si coglie l'occasione per informare che questo Ufficio ha valutato che attraverso l'esecuzione di lavori di manutenzione straordinaria, il pieno utilizzo delle sezioni di semilibertà e l'apertura del nuovo blocco in consegna presso la Casa circondariale di Piacenza si renderebbe possibile, nell'arco di pochi mesi, il recupero di oltre 500 posti, con una evidente ricaduta positiva per l'intero sistema penitenziario regionale. Questo Ufficio ha già rappresentato tale possibilità ai vertici dell'Amministrazione penitenziaria e alla Commissione presieduta dal Prof. Mauro Palma, voluta dal Sig. Ministro della Giustizia. Sarà cura di proporre operativamente quanto necessario per concretizzare tale obiettivo.

§ 4.3. Telefonate e colloqui

Il processo di umanizzazione, ovviamente, non si esaurisce semplicemente nella differenziazione e nella maggiore o minore restrizione detentiva ma si completa attraverso l'attenzione ai vari aspetti connessi al regime penitenziario e alle relazioni interne ed esterne che la persona può mantenere nel corso della detenzione. Di seguito si prenderanno quindi in esame alcune questioni che si ritengono strategiche e nei confronti delle quali è necessario adottare modalità comuni ed ispirate al predetto senso di umanità seppur nel rispetto delle norme e delle esigenze di sicurezza.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Le **telefonate e i colloqui** costituiscono una delle componenti più importanti nel processo in questione. A tal fine diventa necessario adottare i seguenti accorgimenti, peraltro già ampiamente normati, estendendoli in modo omogeneo su tutti gli istituti del distretto.

In primis deve **cessare la prassi di interrompere il flusso delle telefonate e dei colloqui a causa della modifica della posizione giuridica o del trasferimento amministrativo da altro istituto**. In quest'ultimo caso si sottolinea l'importanza che **la scheda colloqui sia sempre allegata al fascicolo del detenuto** in modo da essere prontamente consultata nell'istituto di destinazione e che **la posizione AFIS sia sempre costantemente alimentata ed aggiornata** in modo da evitare la sospensione o il ritardo nel mantenimento dei contatti con l'esterno. Omissioni od inerzie sul punto non potranno che essere considerate negativamente. Tornando alla raccomandazione finalizzata a garantire la continuità delle valutazioni e decisioni degli istituti si intende qui ribadire, con chiarezza, che il trasferimento di un detenuto da uno ad altro istituto non deve comportare **in alcun modo** una modifica del regime dei colloqui e delle telefonate che deve restare quello dell'istituto di provenienza che può solo essere modificato solamente in senso migliorativo.

Le valutazioni che supportano le autorizzazioni, infatti, provengono da organi penitenziari o giudiziari e non si intravede motivo per la loro modificazione. Devono restare ferme anche in quello di nuova assegnazione **salvo che la direzione di quest'ultimo non rilevi con intervento motivato, l'erroneità delle concessioni precedenti**²⁵.

In secondo luogo si rammenta che, nel caso di trasferimento, ricorrendo evidentemente quei motivi di particolare rilevanza previsti dall'ordinamento penitenziario²⁶, il detenuto avrà diritto ad effettuare una telefonata straordinaria in modo che lo stesso possa informare i famigliari della nuova allocazione evitando così incertezze e disagi. Analogamente si procederà in caso di rientro da licenze o permessi.

²⁵ In particolare vedasi circolare D.A.P. n. 3478/5928 del 8 luglio 1998.

²⁶ Art. 39, 2° comma D.P.R. 30 giugno 230.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Laddove il detenuto abbia prole inferiore ai dieci anni sarà consentita la possibilità di ottenere ulteriori telefonate.

Per inciso si vuole sottolineare che l'Ordinamento penitenziario, nel suo complesso, offre notevoli opportunità di ampliamento delle ordinarie opportunità di contatto con l'esterno e che, quindi, si auspica una maggiore attenzione in tal senso²⁷.

§ 4.4. la responsabilizzazione del detenuto

La citata circolare del 24 novembre 2011²⁸ offre i primi spunti di riflessione sul concetto di responsabilità che si declina su tre piani distinti ed interconnessi. In questo senso si parla di una responsabilità verso l'istituzione penitenziaria cui deve rispondere la persona detenuta rispettando le regole imposte dal trattamento penitenziario; una responsabilità verso le offerte trattamentali che ogni istituto prevede; una responsabilità nei confronti della vittima e la società.

²⁷ Oltre a quanto previsto dall' art 39 r.e. in materia di corrispondenza telefonica si intendono sottolineare le tre categorie che legittimano il Direttore, con provvedimento motivato, a concedere ulteriori telefonate oltre le quattro mensili:

- Motivi d' urgenza o di particolare rilevanza: le circostanze legate ad una previsione così generica consentono l' interpretazione più ampia rimessa al solo prudente apprezzamento del Direttore (cfr circolare 3533/5983 del 3 novembre 2000: "Colloqui e corrispondenza telefonica dei detenuti e degli internati, articoli 37 e 39 del D.P.R. 30 giugno, n. 230). In tale fattispecie la lettera circolare 26 aprile 2010 "Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi", fa rientrare la possibilità di autorizzare telefonate con i difensori, senza che queste vengano considerate ai fini del rispetto dei termini numerici previsti dal comma 2 dell' art 39 r.e.;

- Rapporti con i figli di età inferiore ai 10 anni: il dpr 230 /2000 ha voluto rendere possibile il mantenimento di un valido rapporto con i figli specie in età minore, rispettando il principio costituzionale del *favor familiae* sancito dall' art. 29 e 31 Cost. Per tale ragione e' stata prevista ulteriore possibilità di concedere telefonate oltre i limiti consentiti per il rispetto a tale principio ricomprendendovi anche la famiglia di fatto;

- Trasferimento del detenuto: la lettera circolare del 26 aprile 2010 a cura del Direttore della Direzione Generale Detenuti e trattamento fa rientrare in questa fattispecie l' autorizzazione ad effettuare conversazioni telefoniche con il difensore, senza che queste vengano considerate nel rispetto dei limiti numerici previsti dal comma 2 dell' art 39 r.e.;

²⁸ Circ. D.A.P. - Ufficio Capo del Dipartimento n. 0445330 del 24.11.2011: Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Occorre ricordare che lo stesso regolamento di esecuzione cita la responsabilità della persona in carcere in più punti²⁹, laddove prevede la possibilità di affidare, a coloro i quali ne hanno le capacità compiti di animazione nelle attività di gruppo di carattere culturale, ricreativo e sportivo, nonché di assistenza nelle attività di lavoro in comune.

Per altro verso il capitolo delle ricompense apre un ulteriore scenario relativo alla responsabilità dimostrata ed apprezzata rispetto all'impegno sul lavoro e nello studio così come nell'assistenza ai propri compagni, nell'organizzazione di attività e in occasione di momenti critici per l'ordinata vita dell'istituto.

L'obiettivo dell'umanizzazione si fonda anche sulla possibilità di responsabilizzare le persone detenute con riferimento a questi piani e su questo si fonderà l'impegno delle Direzioni di ricercare, implementare e gestire, risorse ed iniziative da proporre alla popolazione detenuta al fine di coinvolgerla positivamente. Da parte sua, questo Ufficio provvederà ad elaborare le linee guida finalizzate all'elaborazione di un **patto di responsabilità** che dovrà non solo essere fatto sottoscrivere, quanto reso edotto nei suoi contenuti in modo da rendere consapevole la pattuizione e la sua caratteristica non tanto di strumento di governo quanto di relazione e di reciproco impegno.

Alla luce delle anticipate linee guida, che seguiranno, le Direzioni dipendenti avranno cura di redigere i patti di responsabilità attagliandoli al contesto locale, proponendoli a tutti i detenuti valutati quali soggetti con livelli di pericolosità scarsamente significativi. La sottoscrizione del patto e il suo mantenimento costituirà presupposto per l'inserimento nei reparti aperti e il grado di coerenza tra quanto ivi contenuto e il comportamento effettivamente adottato, rappresenterà valido materiale di conoscenza per la valutazione periodica dei predetti livelli di pericolosità.

²⁹ In particolare gli artt. 71 e 76 r.e..



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

§ 4.5. Coordinamento e finalizzazione delle iniziative e delle risorse

Pare opportuno sottolineare che, avendo l'Amministrazione dettato precise direttive gestionali, questo Ufficio e le Direzioni dipendenti, sia degli istituti che degli U.E.P.E., avranno, d'ora in poi, la massima cura di proporre in ogni sede istituzionale tale linea con il preciso intento di finalizzare le richieste ed accogliere le opportunità indirizzandole al raggiungimento degli obiettivi correlati alle direttive di cui sopra.

In tal senso diventa necessario che codeste Direzioni aggiornino i Comitati locali, previsti dal Protocollo d'Intesa Regionale firmato il 5 marzo 1998 e tuttora vigente, delle presenti linee guida e dei suoi obiettivi invitando le varie componenti a riferire su quali e quante azioni di supporto possono essere coerentemente programmate congiuntamente.

Con particolare riferimento al Volontariato penitenziario, tenuto conto della sua importante azione di aiuto e supporto e considerata la necessità di raggiungere la massima sinergia e coordinamento possibile onde evitare la perdita o, a contrario, la sovrapposizione di opportunità, si invitano le Direzioni degli istituti a prevedere riunioni periodiche con i rappresentanti locali delle Associazioni al fine di addivenire ad un programma condiviso orientato al raggiungimento degli obiettivi fissati nella presente direttiva.

Le Direzioni avranno altresì cura di trasmettere i verbali delle suddette riunioni in modo da poter monitorare l'andamento dei lavori e la diffusione a livello regionale delle buone prassi.

§5. Umanizzazione e sicurezza: un nuovo modo di operare tra obiettivi e responsabilità

L'esito delle sentenze C.E.D.U. e il loro riferimento a standard detentivi diversi da quelli storicamente e prevalentemente applicati, inducono il sistema penitenziario italiano a ripensare alle sue modalità operative nella gestione delle persone ad esso affidate e della



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

sicurezza interna. Per la verità occorre riconoscere che in molti settori di una parte degli istituti penitenziari italiani si constata già l'applicazione concreta di modalità gestionali caratterizzate da maggiore apertura alle quali corrispondono modalità operative più flessibili e snelle anche se per questo non allentate e meno attente.

L'individuazione di differenti soglie di pericolosità, seppure all'interno della c.d. media sicurezza (cfr § 2.), e la prospettazione di corrispondenti e graduate attenzioni ed opportunità, (cfr §3.2.) seppure in un quadro di più generale apertura, consentono di progettare e attivare nuove modalità di gestione operativa della sicurezza anche prendendo spunto dalle citate esperienze e specificatamente dalle direttive emanate in questi giorni dal Sig. Capo del Dipartimento alle quali si rimanda³⁰. Considerata la proporzionalità che deve intercorrere tra la pericolosità del soggetto, le misure di sicurezza applicate e l'assoluto rispetto della dignità umana³¹ si ritiene legittimo e ragionevole impartire le seguenti generali direttive che costituiranno gli elementi sui quali fondare la progettazione locale che viene, ovviamente, lasciata alla competenza delle Direzioni degli istituti. In tal senso tali indicazioni non escludono le valutazioni che i Sigg. Direttori vorranno aggiungere secondo lo spirito del quadro delle direttive sin qui richiamato.

I presupposti delle presenti direttive possono così riassumersi:

- Bassa pericolosità di alcuni gruppi di detenuti chiaramente individuabili;
- Necessità e possibilità di delineare esattamente gli obiettivi essenziali qualificanti la sicurezza di un istituto penitenziario;
- Conseguente necessità e possibilità di indicare i nodi che compongono la rete della sicurezza e le procedure operative che la completano e ne garantiscano l'efficienza;

³⁰ Circolare n. 3649/6099. "Realizzazione circuito regionale ex art. 115 d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230: linee guida sulla sorveglianza dinamica.

³¹ Si veda, in particolare, quanto previsto in materia di sicurezza dalle Regole 51 e 52 della Raccomandazione R(2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee e si metta questo in relazione ai principi contenuti agli articoli 1 comma 3 e 14 comma 2, dell'Ordinamento penitenziario italiano.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Del primo punto si è già ampiamente trattato nei paragrafi che precedono e ad essi si rimanda.

Rispetto al secondo punto gli obiettivi essenziali della sicurezza possono essere così elencati:

- a) Prevenire le evasioni;
- b) Prevenire atti di aggressività o violenza nei confronti del Personale e tra la popolazione detenuta;
- c) Prevenire il possesso di oggetti o sostanze non consentite;
- d) Garantire le esigenze di sicurezza prospettate dalle Autorità Giudiziarie in ordine alle necessità di salvaguardare il corretto andamento delle indagini e dell'iter processuale;
- e) Prevenire il rischio auto lesivo e suicidiario;

Dati questi obiettivi, i nodi e le procedure utili a garantirne il raggiungimento si possono schematizzare secondo le griglie che seguono. Ad esse le Direzioni potranno fare riferimento attagliandole al contesto locale e alle risorse a disposizione.

- La **prevenzione dei tentativi di fuga**, in ogni caso, si attua proceduralizzando tempi, frequenza e modalità:

Del controllo delle inferriate;

Delle operazioni di conta numerica dei detenuti;

Delle perquisizioni nelle stanze di pernottamento e nei locali comuni;

Della verifica dell'efficacia del controllo delle cinte murarie, sia se dotate di impianti di allarme, sia se esclusivamente affidate al diretto ed esclusivo controllo umano;

Di presidio delle portinerie e dei reparti di colloqui;

- La **prevenzione del possesso di oggetti o sostanze non consentite**, in ogni caso, si attua ponendo attenzione ai:

Controlli sui beni che fanno ingresso attraverso i colloqui;



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Controlli da effettuarsi al rientro nelle aree di pernottamento;
Perquisizioni nelle stanze di pernottamento e nei locali comuni;
Controlli periodici con l'ausilio di unità cinofile;

- La **prevenzione dell'aggressività** può essere garantita attraverso una seria, oculata e rigorosa valutazione delle caratteristiche comportamentali dei vari soggetti, così come indicato nei paragrafi che precedono.

Nei confronti di coloro i quali sono stati valutati **al di sopra della soglia di pericolosità altamente significativa**, e solo nei loro confronti, saranno da prevedere **modalità di controllo più dirette** similmente a quanto già avviene con il presidio costante nei reparti e negli spazi da loro occupati.

Per tutti coloro che **non superano tale soglia significativa secondo le valutazioni delle èquipe presieduta dal Direttore dell'istituto**, il controllo e la gestione potrà limitarsi alle procedure previste nei due punti precedenti connotandosi, quindi, in **modalità più indirette senza la necessità di presidi stabili nei reparti e luoghi di pertinenza**³².

- Le **esigenze di sicurezza prospettate dalle AA.GG.** saranno garantite seguendo le disposizioni impartite dalle stesse Autorità.
- Rispetto alla **prevenzione del rischio autolesivo e suicidiario** si rimanda alle direttive già impartite³³ e si rimane in attesa dei progetti locali, se non già inviati.

Più in generale, quindi, la progettazione che viene richiesta dovrà prendere in esame la possibilità di sostituire ai tradizionali presidi fissi, che verranno mantenuti in quei posti di servizio ritenuti strategici in quanto considerati snodi di comunicazione e di controllo ineliminabili, o in fasce orarie più delicate, pattuglie itineranti con il compito di svolgere le perquisizioni, l'immissione ai passeggi, le operazioni di conta, le ispezioni. E' questa l'occasione per fissare il numero delle perquisizioni ordinarie e la frequenza delle operazioni di conta ritenute necessarie senza che tutto questo incida oltre i limiti di

³² Si rimanda ancora alla citata Circolare n. 3649/6099. "Realizzazione circuito regionale ex art. 115 d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230: linee guida sulla sorveglianza dinamica.

³³ Circolare PRAP n. 42374 del 05.11.2012.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

apertura che sono stati ricordati all'inizio del presente documento. Con specifico riferimento alla movimentazione interna delle persone valutate a basso indice di pericolosità si renderebbe opportuno sostituire l'accompagnamento ad un presidio del percorso.

Il disegno della riforma deve tener conto che per la parte ritenuta al di sotto della soglia della pericolosità la quotidianità assume un carattere più dinamico e questo comporta la necessità di prevedere una omogenea collocazione tra i diversi gruppi tale da non intralciare lo svolgimento non solo della quotidianità ma anche dell'operato del Personale.

A questo proposito si sottolinea l'importanza di trasporre il progetto in disposizioni di servizio e tabelle di consegna coerenti con il nuovo disegno operativo per le evidenti responsabilità che ne discendono³⁴. Nel redigerle si dovrà, in particolare, fare riferimento agli obiettivi che si intende raggiungere con il lavoro così impostato.

Nella consapevolezza dello sforzo organizzativo che i Sigg. Direttori e i loro collaboratori sono chiamati a svolgere, nel rimanere a disposizione per gli eventuali chiarimenti e confronti che si riterranno necessari, siano consentite, in conclusione, le seguenti considerazioni.

Innanzitutto tale sforzo, per i motivi richiamati in premessa, **non è più rinviabile**. Anche per questo motivo si è inteso diramare tali direttive in questo particolare momento dell'anno, ben coscienti che non vede la presenza di tutti. Tuttavia è importante iniziare a prenderne atto, discuterne, prendere i primi contatti, in modo da poter già essere pronti alla fine del periodo estivo.

³⁴ A tal proposito si sottolinea che questo nuovo modo di procedere non è in contrasto con i compiti riportati e descritti nel Regolamento di servizio del Corpo della Polizia penitenziaria agli artt. 42 e segg. Alla possibilità di deroga, infatti soccorrono, per le c.d. "custodie attenuate" l'art. 115, 3° comma del D.P.R. 230/2000 e per gli istituti ordinari l'art. 34, 3° comma del Capo I (norme generali) che precede la disciplina dei servizi e che prevede che gli stessi siano disciplinati dalle disposizioni contenute nel Capo II "salvo specifiche diverse disposizioni adottate dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria".



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

Sarà necessario il coinvolgimento di tutte le componenti interne ed esterne e delle OO.SS., seppur nell'ambito delle precise prerogative contrattuali avendo sempre presente gli oneri e le responsabilità reciproche.

D'altra parte è ragionevole pensare che una volta posto a regime, tale cambiamento sia foriero di un miglioramento della vivibilità complessiva degli istituti. Di questo sia dato conto a tutti.

In ultimo le azioni indicate costituiscono l'avvio di un processo in itinere che necessita dell'acuta, pregnante e motivata interpretazione di tutti gli attori coinvolti e, in particolare, delle SS.LL. dalle quali ci si attendono pareri, consigli, idee, integrazioni ed iniziative utili per il continuo ed incisivo miglioramento ed affinamento del processo stesso.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

APPENDICE

Elementi di valutazione di massima della pericolosità

Grado di pericolosità	Reato	Appartenenza ad associazioni criminali	Condotta intramurale	Atteggiamento	Regime conseguente
Lieve significatività	Soggetti che hanno commesso reati che non hanno comportato violenza o minaccia alle persone, né consistano in comportamenti prodromici alla commissione di atti violenti o in condotte agevolatrici di comportamenti violenti altrui	Si escludono soggetti che risultano appartenere ad associazioni per delinquere o comunque gravitanti in contesti di criminalità mafiosa	Condotta regolare, non si rilevano violazioni disciplinari rilevanti. Mancano elementi su cui fondare il pericolo di evasione o di turbamento dell'ordine e la sicurezza	Aperto e disponibile nei confronti del personale e dei compagni di detenzione. Partecipano alle proposte trattamentali in modo attivo, non formalistico e strumentale	Aperto
Bassa significatività	Soggetti che hanno commesso anche reati connotati da violenza o minaccia alle persone	Si escludono soggetti che risultano appartenere ad associazioni per delinquere o comunque gravitanti in contesti di criminalità mafiosa	Condotta regolare, non si rilevano violazioni disciplinari rilevanti. Mancano elementi su cui fondare il pericolo di evasione o di turbamento dell'ordine e la	Hanno posto in essere comportamenti dissociali non violenti nel corso della detenzione.	Tendenziale ammissibilità ed auspicabilità all'inserimento al regime aperto tenendo conto della condotta intramuraria. L'inserimento assume il carattere di probation in ragione



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

			sicurezza		dell'ipotesi che l'atteggiamento possa essere conseguente alla restrizione degli spazi e da una scarsa offerta trattamento mentale. L'ammissione rappresenta una sostanziale messa alla prova e rappresenta una opportunità di migliore adattamento.
Media significatività	Soggetti che hanno commessi reati violenti	Si escludono soggetti che risultano appartenere ad associazioni per delinquere o comunque gravitanti in contesti di criminalità mafiosa	Sono incorsi in violazioni disciplinari. Mancano elementi su cui fondare il pericolo di evasione o di turbamento dell'ordine e la sicurezza	Pur non avendo tenuto comportamenti violenti o pericolosi per l'ordine e la sicurezza interna mantengono atteggiamenti di tipo dissociale.	L'ammissione al regime aperto potrà avvenire solamente dopo una ragionata scelta che tenga conto di altri fattori che siano in grado di escludere il pericolo di evasione o di turbamento dell'ordine e della sicurezza. L'ammissione potrà avvenire solo dopo un apprezzabile



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale dell'Emilia Romagna

☎ 051.64.98.611 Fax 051.55.89.23 E-mail pr.bologna@giustizia.it c.f. 92028960372 Viale Vicini, 20 c.a.p.40100

					lasso di tempo di buona condotta su cui fondare la prognosi favorevole.
Alta significatività	Sono soggetti che hanno commesso reati violenti e/o che si sono resi autori di fatti di violenza in carcere o tentativi di evasione	Risultano appartenere ad associazioni per delinquere o comunque gravitanti in contesti di criminalità mafiosa pur senza essere classificati. A.S.. Sono stati sottoposti al regime di cui all'art. 14bis o.p.			Di regola è esclusa la possibilità di immissione al regime aperto, salvo il manifestarsi di specifiche e rilevanti evidenze in senso contrario e comunque dopo un consistente e lungo periodo di osservazione.

Il Provveditore Regionale

Pietro Buffa

PRAP Emilia Romagna

Da: PRAP Emilia Romagna [pr.bologna@giustizia.it]
Inviato: giovedì 25 luglio 2013 17.25
A: Armando Reho (armando.reho@giustizia.it); 'Schiaffelli Maria Paola (mariapaola.schiaffelli@giustizia.it)'; DAP Organizzazione e Relazione (segreteria generale.dap@giustizia.it); 'CC CASTELFRANCO (cli.castelfrancoemilia@giustizia.it)'; 'CC BOLOGNA (cc.bologna@giustizia.it)'; 'CC FERRARA (cc.ferrara@giustizia.it)'; 'CC FORLI (cc.forli@giustizia.it)'; 'CC MODENA (cc.modena@giustizia.it)'; 'CC PARMA (cr.parma@giustizia.it)'; 'CC RAVENNA (cc.ravenna@giustizia.it)'; 'CC REGGIO EMILIA (cc.reggioemilia@giustizia.it)'; 'CC RIMINI (cc.rimini@giustizia.it)'; 'CC SALICETA (cl.modena@giustizia.it)'; 'CC.PIACENZA (cc.piacenza@giustizia.it)'; 'UEPE BOLOGNA (uepe.bologna@giustizia.it)'; 'UEPE MODENA (uepe.modena@giustizia.it)'; 'UEPE RA FO CESENA'; 'UEPE REGGIO EMILIA (uepe.reggioemilia@giustizia.it)'; 'UEPE RIMINI (uepe.rimini@giustizia.it)'
Oggetto: Omnizzazione della pena.
Allegati: PRAP-ER_130725172632.PDF

Si trasmette, in allegato, la nota in oggetto indicata.

Per quanto attiene all'autenticità da attribuirsi all'atto trasmesso, si rappresenta che:

- 1) si tratta di atto debitamente assunto a protocollo;
- 2) si tratta di atto debitamente firmato dal dirigente incaricato;
- 3) il documento originale è depositato presso questo Ufficio;
- 4) chi provvede alla trasmissione è stato preventivamente autorizzato.

Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria Emilia Romagna
051.64.98.6

Tutte le informazioni contenute in questo messaggio di posta elettronica ed i file ad esso allegati sono riservati e possono essere utilizzati esclusivamente dal destinatario specificato.

L'accesso alle e-mail e l'eventuale uso del loro contenuto da parte di qualsiasi soggetto a ciò non autorizzato sono severamente proibiti.

Nel caso in cui si riceva il messaggio per errore è assolutamente vietato usarlo, copiarlo o comunque divulgarlo mediante comunicazione e/o diffusione e bisogna provvedere sia alla sua cancellazione sia alla distruzione di tutte le copie esistenti e si è pregati di darne comunicazione al mittente.

Si ringrazia anticipatamente per ogni collaborazione.



PROTOCOLLO OPERATIVO

INTEGRATIVO DEL PROTOCOLLO D'INTESA TRA IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA E LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

PER L'ATTUAZIONE DI MISURE VOLTE ALL'UMANIZZAZIONE DELLA PENA E AL REINSERIMENTO SOCIALE DELLE PERSONE DETENUTE

Visto il Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Emilia-Romagna intercorso in data 14 dicembre 1998;

Vista la circolare D.A.P. n. 206745 datata 30 giugno 2012 – Realizzazione del circuito regionale art. 115 D.P.R. n. 230;

Visto il progetto elaborato dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria dell'Emilia-Romagna, approvato dal Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ed inviato all'esame dell'Amministrazione regionale con nota prot. n.43981/sd del 15/11/2012 avente oggetto: "Circuito penitenziario Regione Emilia-Romagna";

Ritenuto di dover confermare nella sua generalità, in quanto funzionale, l'impianto e gli impegni delineati e sottoscritti nel citato Protocollo d'Intesa in particolare nella parte seconda alle lettere D, E, F, G, H e I, e nella parte terza alle lettere A, B, C;

Considerato altresì che per la realizzazione del suddetto progetto si rende necessario declinare in modo più specifico le volontà statuite nel citato Protocollo d'Intesa, orientando e rinforzando la rete di risorse esterne agli Istituti e servizi penitenziari in modo da supportare il processo di cambiamento insito nel progetto stesso;

Visto inoltre il DPCM 1 aprile 2008, che ha sancito il definitivo passaggio della Sanità Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale e dato atto che la Regione ha definito

con specifici atti le linee programmatiche per le Aziende USL, riguardanti l'assistenza sanitaria da erogare alla popolazione detenuta e definisce le forme di collaborazione interistituzionale relative alla assistenza sanitaria fornita negli Istituti Penitenziari con ulteriore specifico Protocollo d'intesa col PRAP;

Viste le attribuzioni conferite ai Provveditorati regionali dell'Amministrazione Penitenziaria con riferimento, in particolare, all'articolo 6 del D.Lgs. 30 ottobre 1992, n. 444;

La **Regione Emilia-Romagna**, di seguito denominata "Regione", e il **Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per l'Emilia Romagna**, di seguito denominato "Provveditorato", concordano quanto segue:

Art. 1

Servizi ed azioni mirate all'accoglienza

Le Parti concordano sul fatto che l'accoglienza in carcere costituisca un elemento importante per gestire adeguatamente l'impatto alla carcerazione. Allo stesso tempo concordano che nell'ampio concetto di accoglienza rientrino tutte le misure di attenzione alla dignità dell'uomo.

Le Parti si impegnano ad elaborare congiuntamente strategie per l'integrazione di tutte le risorse istituzionalmente in campo. Sempre congiuntamente, opereranno le azioni di sensibilizzazione e di coinvolgimento necessarie e funzionali alla ricerca delle ulteriori risorse umane e materiali ritenute indispensabili.

A tale scopo la Regione ed il Provveditorato concordano nel promuovere azioni congiunte volte a valorizzare il contributo e le competenze del volontariato nella fase di accoglienza, in particolare a favore dei nuovi giunti.

La Regione a tal fine individua, nell'ambito della programmazione dei Piani sociali di zona, strumenti e risorse per sostenere tale azione. In tal senso saranno orientate anche le attività degli Sportelli informativi di titolarità degli Enti Locali all'interno degli Istituti Penitenziari: esse dovranno caratterizzarsi in funzione delle specificità della popolazione carceraria ivi reclusa e con una particolare attenzione a stranieri e persone prive di risorse familiari/relazionali al di fuori del carcere.

Art. 2

Azioni in favore di soggetti fragili

Le Parti prendono atto che all'interno delle strutture detentive presenti in regione si annoverano alcune categorie di persone (tossicodipendenti, persone con disturbi psichici, transessuali, autori di reati a sfondo sessuale, donne con figli minori di tre anni, disabili, ecc..) e singole persone che, per le loro caratteristiche di particolare fragilità o per gli effetti che il loro comportamento ha di riflesso nel tessuto sociale, necessitano di interventi trattamentali e psico-sociali di particolare valenza.

Il Provveditorato, da parte sua, ha già provveduto ad individuare alcune categorie che richiedono, anche dal punto di vista organizzativo, l'individuazione di sedi specifiche, secondo criteri di concentrazione e omogeneità, anche al fine di facilitare lo sviluppo di interventi nei loro confronti.

Le Parti concordano sulla necessità di collaborare insieme per la ricerca di risorse umane, tecniche e finanziarie e per la sensibilizzazione di Enti pubblici e privati che possano offrire un qualificato contributo nell'assistenza dei soggetti fragili ristretti negli Istituti detentivi della regione sia all'interno che all'esterno degli Istituti stessi.

Art. 3

Popolazione straniera

In considerazione dell'elevata incidenza della popolazione straniera all'interno degli Istituti Penitenziari, le Parti concordano sulla necessità di attivare misure specifiche e di collaborare alla loro attuazione, in particolare sui temi dell'apprendimento della lingua italiana, della mediazione culturale, del rispetto delle differenze culturali, religiose, ecc., anche in funzione della diversa condizione giuridica.

Si impegnano inoltre a promuovere programmi di rimpatrio assistito e a favorirne l'accesso da parte dei detenuti che ne abbiano i requisiti.

Art. 4

Azioni finalizzate all'incremento delle opportunità di formazione professionale

Le Parti si dichiarano consapevoli della valenza che la formazione professionale ha nella crescita delle persone, in particolare se sottoposte a misure restrittive della libertà e sull'utilità di sviluppare esperienze di integrazione scuola-formazione-lavoro. A tal fine le Parti concordano quanto segue.

La Regione ed il Provveditorato si impegnano ad individuare periodicamente i fabbisogni di formazione professionale della popolazione carceraria, tenendo conto delle possibilità di sviluppi lavorativi individuati anche attraverso i percorsi indicati dall'articolo che segue.

La Regione ed il Provveditorato, nell'ambito dei comitati locali per l'esecuzione penale adulti, condividono, con i competenti assessorati provinciali e comunali, l'elaborazione e l'implementazione dei periodici piani programmatici, che dovranno tenere conto della dislocazione dei plessi penitenziari che, per caratteristiche strutturali e per tipologia detentiva trattata, risultano essere idonei a gestire adeguatamente i processi formativi.

Il Provveditorato procederà a:

- individuare gli spazi utilizzabili per sviluppare le attuali attività formative e per implementarne di nuove, comunicando alla Regione gli esiti del censimento;
- dare informazione alle proprie strutture interne della disponibilità di formazione professionale prevista nei bandi provinciali;
- facilitare ed eseguire i trasferimenti da sede a sede per l'inserimento nelle attività.

Art. 5

Azioni finalizzate all'incremento delle opportunità di lavoro

Le Parti si dichiarano consapevoli del fatto che l'attività lavorativa rappresenti un elemento fondamentale nell'esperienza detentiva. Essa è infatti funzionale sia a determinare attività strutturate durante la quotidianità detentiva, sia all'acquisizione di reddito oltre che di

competenze utili per l'effettivo reinserimento sociale in misura alternativa o successivamente alla scarcerazione. Per tali motivi le Parti concordano quanto segue:

Il Provveditorato procederà a:

- individuare gli spazi utilizzabili per sviluppare le attuali attività lavorative e per implementarne di nuove, comunicando alla Regione gli esiti del censimento;
- garantire il confronto costante con le realtà pubbliche e private che possono contribuire ad una utile interlocuzione ai fini di cui al presente articolo, anche attraverso la Commissione prevista dall'articolo 25 bis o.p.;
- individuare gli Istituti che, per spazi e tipologia di popolazione ivi detenuta, possono adeguatamente accogliere nuove attività lavorative o meglio sviluppare quelle già in essere;

La Regione si impegna a:

- stimolare e sostenere il processo di confronto con le rappresentanze delle categorie produttive al fine di stimolare nuove progettualità;
- censire e valutare, congiuntamente agli Enti Locali, la delocalizzazione di alcune attività oggi direttamente trattate o delegate a terzi che potrebbero essere svolte all'interno degli Istituti Penitenziari;
- sostenere progettualità finalizzate alla creazione di impresa all'interno degli Istituti Penitenziari.

Art.6

Azioni di supporto nella fase della dimissione

Le Parti, consapevoli dell'importanza e della delicatezza del periodo che precede la dimissione, concordano quanto segue.

Il Provveditorato da parte sua:

- predispone sezioni per persone dimittende;
- stimola le direzioni dipendenti in modo da facilitare, nel rispetto delle competenze in materia della magistratura di Sorveglianza, l'accesso nei predetti reparti di operatori pubblici e privati che possano utilmente contribuire al concreto reinserimento sociale dei dimittendi.

La Regione, nell'ambito della programmazione sociale promuove modalità e strumenti (ad esempio sportelli informativi) di comunicazione e raccordo con i servizi territoriali (anagrafe, servizio sociale, servizi per l'impiego, INPS, ecc..) finalizzati alla preparazione e accompagnamento della fase di reinserimento sociale in tutti i suoi aspetti (casa, lavoro, salute, ecc..).

Art. 7

Sostegno alle misure alternative alla detenzione

Le Parti condividono il principio secondo cui il carcere non rappresenta l'unica esperienza penale possibile, e concordano nel supportare la realizzazione delle misure alternative alla detenzione attraverso azioni orientate al reinserimento della persona ristretta nel tessuto socio-economico esterno.

A tal fine le Parti intendono sostenere progetti e azioni finalizzate all'accoglienza del detenuto nel territorio di residenza attraverso percorsi di inserimento abitativo e orientamento al lavoro, in

particolare per le persone prive di risorse economiche e familiari. La Regione s'impegna, in collaborazione con gli altri Enti Locali e con i soggetti del Terzo Settore, a individuare luoghi di domicilio per i detenuti che ne siano privi al fine di permettere loro di avere accesso alle misure alternative.

Affinché queste azioni abbiano un reale effetto sulla diminuzione del rischio di recidivare reati e sul recupero positivo del soggetto che ha scontato una condanna penale detentiva, è fondamentale il pieno coinvolgimento delle comunità di riferimento, da realizzare incrementando la collaborazione con le Istituzioni Locali e i soggetti della società civile.

Le Parti concordano sulla necessità di concludere specifici accordi finalizzati alla costruzione di programmi propedeutici all'accesso alle misure alternative alla detenzione, che coinvolgano le strutture penitenziarie che ospitano detenuti definitivi potenzialmente in condizione di avere accesso a tali misure.

Il Provveditorato, la Regione, i singoli Istituti e gli Uffici Esecuzione Penale Esterna che saranno individuati, in collaborazione con gli Enti Locali, si impegnano a sottoporre alla Cassa delle Ammende il co-finanziamento di progetti che possano consentire l'accesso a misure alternative in favore di coloro che per situazione sociale, familiare ed economica non siano nelle condizioni di esservi ammessi. Sotto tale profilo la Regione si impegna, anche utilizzando le reti di volontariato presenti sul territorio e già coinvolte in progetti in corso, a definire strumenti e percorsi per la realizzazione nei tre anni successivi alla sottoscrizione del presente Protocollo di almeno quattro esperienze progettuali di questo tipo diffuse nel territorio regionale.

La realizzazione dei progetti è subordinata al co-finanziamento, fino a 1 milione di euro per tre anni, da parte della Cassa delle Ammende.

Al fine di limitare l'affollamento delle strutture penitenziarie della regione, l'Amministrazione penitenziaria centrale ed il Provveditorato si impegnano a evitare, salvo eventuali situazioni del tutto eccezionali che dovessero verificarsi, il trasferimento di detenuti nei posti delle strutture detentive presenti nella regione che si dovessero liberare a seguito del più ampio accesso alle misure alternative ottenuto grazie agli strumenti adottati con il presente protocollo.

Le Parti raccomandano la piena attuazione del principio della territorializzazione della pena quale requisito essenziale per una completa e più efficace attuazione delle misure alternative.

Le Parti inoltre si impegnano a sensibilizzare le Amministrazioni citate nella Legge 9 agosto 2013 n.94 art.2 alla realizzazione di progetti che prevedano la possibilità di inserimento volontario in lavori di pubblica utilità di detenuti sottoposti al regime di cui all'articolo 21 o.p., sia nell'ambito delle misure alternative alla detenzione, anche in connessione ai progetti di cui al presente articolo, sia a favore dei detenuti ristretti negli Istituti Penitenziari, in particolare dimittendi.

Art. 8

Formazione integrata degli operatori e progettazione europea

Le Parti si dichiarano consapevoli che per lo sviluppo delle azioni previste nel presente Protocollo l'integrazione degli operatori sul piano dei contenuti e dei metodi costituisce un elemento fondamentale, così come la conoscenza di esperienze ritenute innovative a livello internazionale.

Per questo motivo le Parti si dichiarano concordi nello stimolare e facilitare, ove possibile e d'interesse, la partecipazione mista del rispettivo personale ai corsi di formazione che ognuna delle Parti dovesse organizzare per esigenze interne, nonché il coinvolgimento di altri soggetti a vario titolo coinvolti (es. volontariato).

Le Parti inoltre si impegnano a stabilire modalità di lavoro, collaborazione e confronto continuo con i rispettivi uffici che istituzionalmente si occupano di progettazione finanziata dalla Comunità Europea.

Si dichiarano altresì disponibili ad intrattenere analoghi rapporti con partner privati qualificati operanti nello stesso ambito.

Art. 9 Volontariato

Le Parti riconoscono il valore sociale del volontariato in quanto espressione di partecipazione, pluralismo e solidarietà della società civile e ne valorizzano il ruolo fondamentale nell'attuazione di progetti e di attività da realizzare in collaborazione con le Istituzioni, sia all'interno del carcere che nell'ambito dell'esecuzione penale esterna.

Promuovono, per quanto di competenza ed in coerenza con quanto previsto dal "Protocollo d'intesa tra Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria dell'Emilia-Romagna, Conferenza Regionale del Volontariato Giustizia e Regione Emilia-Romagna" siglato 1 Dicembre 2003, azioni volte a:

- favorire, nel rispetto delle competenze della magistratura di Sorveglianza, l'accesso dei volontari negli Istituti e promuovere soluzioni logistico-organizzative (estensione orari, individuazione spazi dedicati, ecc..) che consentano di facilitare lo svolgimento delle attività promosse dal volontariato e la partecipazione da parte dei detenuti;
- creare momenti di scambio e confronto tra operatori che a vario titolo operano all'interno del carcere e volontari, anche al fine di garantire un'efficace e razionale programmazione delle attività e assicurare puntuale informazione ai volontari in merito a modifiche normative e regolamentari d'interesse;
- prevedere, in collaborazione con gli Enti Locali, momenti sistematici di confronto e condivisione anche promuovendo la partecipazione delle rappresentanze del volontariato ai Comitati locali.

Art. 10 Governance

Gli obiettivi di cui al presente protocollo si realizzano attraverso l'azione sinergica e concertata dei diversi soggetti coinvolti.

Le sedi istituzionali di confronto in materia, come disciplinato dal Protocollo del 1998, sono rappresentate a livello regionale dalla Commissione penale Adulti e a livello locale dai Comitati Locali per l'area dell'esecuzione penale adulti.

Le funzioni ad essi attribuite sono di programmazione, coordinamento e verifica delle attività e delle iniziative per l'integrazione degli interventi di rispettiva competenza delle Amministrazioni interessate.

Tali funzioni vengono esercitate tenendo conto dei tre livelli previsti dal Protocollo del 1998 (politico-istituzionale, tecnico-progettuale e consultivo) attraverso le modalità organizzative e gli strumenti ritenuti più idonei a livello locale, sulla base di criteri di efficienza ed economicità e nell'ottica del massimo coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

A tal fine è opportuno estendere la partecipazione alla Commissione Penale Adulti e ai Comitati locali, agli Assessorati alla Formazione e Lavoro (rispettivamente regionale e provinciali) e alla Salute e alle rappresentanze del Volontariato penitenziario, individuate secondo le modalità definite nell'ambito degli organismi di cui sopra. Inoltre al fine di favorire l'integrazione degli interventi socio-sanitari e l'attuazione del processo di riforma dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, si ritiene opportuno favorire la partecipazione delle Aziende USL ai Comitati locali per l'esecuzione penale.

Art. 11

Programmazione degli interventi

Ai fini della realizzazione degli obiettivi del presente Protocollo, le Parti si impegnano all'inizio di ogni esercizio finanziario a condividere le previsioni di spesa nelle materie di rispettiva competenza attinenti l'attuazione del presente Protocollo al fine di elaborare una programmazione comune che tenga conto delle linee programmatiche del Protocollo, degli ulteriori finanziamenti che potrebbero provenire da altri Enti, dei percorsi trattamentali interni agli Istituti, delle opportunità di lavoro presenti all'interno e all'esterno degli Istituti e del lavoro o dei progetti di pubblica utilità, al fine di realizzare interventi mirati e finalizzati all'umanizzazione della pena, ad aumentare le opportunità di attività all'interno delle strutture, ad aumentare le opportunità di accesso alle misure alternative, ridurre il numero dei detenuti e favorire il reinserimento sociale.

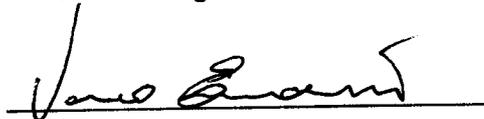
La programmazione comune sarà oggetto di confronto nell'ambito della Commissione penale Adulti di cui all'art.10, con il coinvolgimento delle Associazioni di categoria dei datori di lavoro.

Art. 12

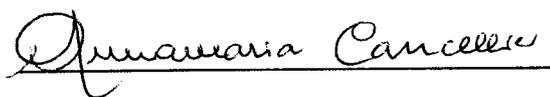
Verifica e pubblicizzazione dei risultati

Le Parti convengono di verificare annualmente l'andamento delle attività connesse e derivanti dal presente protocollo e di renderne conto attraverso iniziative pubbliche e i canali informativi istituzionali, assicurando puntuale informazione alle Figure di Garanzia regionale e comunali.

Vasco Errani
Presidente Regione Emilia-Romagna



Annamaria Cancellieri
Ministro Giustizia



La relazione è stata curata dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione in collaborazione con la Direzione Generale Cultura, Formazione e Lavoro

Redazione del testo:

Carla Brezzo, Salvatore Busciolano

Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Regione Emilia-Romagna

Serenella Sandri

Servizio Lavoro, Regione Emilia-Romagna

Antonio Zacchia Rondinini

Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna

Con il contributo di:

Andrea Facchini

Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Regione Emilia-Romagna

Alessandro Finelli e Gemma Mengoli

Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna

Anna Cilento, Vincenzo De Donatis, Maria Cristina Fontana, Alessio Saponaro e Sandra Ventura

Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna

Hanno inoltre partecipato alla redazione:

Roberto Cagarelli

Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

Raffaella Campalastri, Mila Ferri, Michele Sanza, Ester Sapigni e Maria Trapanese

Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna

Daniela Farini

IRESS Bologna

Giovanni Sessa

AUSL di Ferrara

Carlo Spezia

AUSL di Bologna

Si ringraziano:

Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria - Emilia-Romagna

Servizio Statistiche del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

Centro Giustizia Minorile di Bologna

I Responsabili del Programma Salute nelle Carceri ed i Referenti del Sistema Informativo Salute nelle Carceri delle AUSL dell'Emilia-Romagna

Claudio Bartoletti (*L'Arcipelago - AUSL di Bologna*), Stefano Rambelli (*Casa Zacchera*)

Gandolfo Miserendino (*Servizio strutture e tecnologie in ambito sanitario, Regione Emilia-Romagna*)

Davide Cocchi, Carlo Russo e Simonetta Tosi di CUP2000

Valeria Calevro (*AUSL di Reggio Emilia*)

Coordinamento redazionale:

Carla Brezzo, Anna Cilento, Monica Raciti

Coordinamento editoriale

Tiziana Gardini, Agenzia di Informazione e Comunicazione della Giunta

