

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Assemblea Legislativa

Servizio Segreteria Assemblea Legislativa

Oggetto n. 5775

Prot. n. _____

Comm. ass.re refer. IV

Comm. ass.re consult. VI

IL RESPONSABILE

A. Veltan

RELAZIONE SULLA SITUAZIONE PENITENZIARIA

ANNO 2013

I

giugno 2014

INDICE GENERALE

PARTE I Istituti Penali e caratteristiche della popolazione detenuta

1. Strutture in area penale adulti	p. 4
1.1 Istituti Penali in Italia	p. 4
1.2 Istituti Penali in Emilia Romagna	p. 6
2. Popolazione detenuta e sovraffollamento	p. 7
2.1 Popolazione detenuta straniera p. 12	
2.2 Composizione socio-demografica della popolazione detenuta	p. 14
2.2.1 Grado di istruzione	p. 19
2.2.2 Corsi professionali	p. 19
2.2.3 Corsi scolastici	p. 20
2.2.4 Condizione lavorativa	p. 21
3. Tipologia di reato	p. 23
3.1 Posizione giuridica dei detenuti	p. 24
Approfondimenti	p. 26
Madri e padri detenuti	p. 26
Suicidi in carcere	p. 27
4. Misure alternative alla detenzione	p. 29
4.1 Sanzioni sostitutive	p. 33
4.2 Misure alternative alla detenzione in Emilia-Romagna	p. 35
4.3 Revoche delle misure alternative alla detenzione	p. 39
4.4 Misure di sicurezza	p. 40
5. Giustizia minorile in Emilia-Romagna	p. 42
5.1 CPA (Centro di Prima Accoglienza)	p. 43
5.2 IPM (Istituto penale minorile)	p. 45
5.3 Comunità Ministeriale	p. 47
5.4 Collocamenti in comunità private	p. 49
5.5 USSM (Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni)	p. 51

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

6. Attività di coordinamento tra Regione e Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per gli interventi in area penale	p. 57
7. Politiche regionali per l'esecuzione penale in Emilia-Romagna nell'anno 2013 in ambito sociale	p. 60
7.1 Programma Carcere sull'Esecuzione Penale regionale	p. 61
7.2 Progetti finanziati con il Fondo sociale europeo nel 2013.	p. 63
7.3 Progetti sperimentali e innovativi promossi dalla Regione Emilia Romagna	p. 65
7.3.1 PROGETTO AC.E.RO	p. 66
7.3.2 PROGETTO CITTADINI SEMPRE	p. 68
7.3.3 PROGETTO STANZE DI TEATRO CARCERE	p. 70
7.3.4 PROGETTO GIUSTIZIA RIPARATIVA	p. 71
8. Risorse economiche e Programmi Attuativi 2013 in ambito sociale	p. 72
8.1 Programma Carcere Anno 2013 (D.A.L. n.117/2013 – DGR n.855/2013 Det. Assegnazione n.10973/2013– Det. Liquidazione n.. 14854/2013)	p. 75

PARTE III Assistenza sanitaria nelle carceri della regione Emilia-Romagna

9. Aspetti generali ed assistenza primaria	p.86
9.1 Le Case di promozione e tutela della salute	p.86
9.2 La Carta dei servizi p.87	
9.3 L'assistenza primaria	p. 88
Il percorso clinico assistenziale delle persone detenute	
I profili di salute e la classificazione ICD10 per le diagnosi	
Il ruolo del medico e dell'infermiere dell'Assistenza Primaria	
Gli operatori negli Istituti penitenziari	
Alcuni aspetti relativi ai detenuti e alla salute	
Le patologie croniche, i fattori di rischio e la promozione degli stili di vita sani	
La formazione	
9.4 La medicina specialistica e la strumentazione	p. 100
10. Risorse finanziarie	p. 103
11. La salute mentale	p. 104
11.1 Aspetti generali	p. 104
11.2 ROP (Reparto di Osservazione psichiatrica)	p. 106
11.3 Casa Zaccherap.109	
11.4 La residenza "l'Arcipelago"	p. 111
11.5 La prevenzione del rischio suicidario	p. 111
12. Il programma complessivo per il superamento degli OPG	p. 112
13. Le dipendenze	p. 116
13.1 I detenuti con problematiche alcol-droga correlati	p. 116
13.2 Le équipes delle dipendenze	p. 119
13.3 Custodia attenuata per persone tossico-alcol dipendenti	p. 124
14. Tutela della salute presso il Centro per la Giustizia Minorile dell'Emilia-Romagna	p. 125
15. Il progetto CCM Promotori di salute in carcere	p. 129
16. La cartella clinica informatizzata unica regionale SISP	p. 131

ALLEGATI

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 22.1.2014
4. Schede descrittive strutture di accoglienza Progetto AC.E.RO
5. Protocollo operativo finalizzato alla realizzazione di accoglienza e lavoro tra Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria, Regione Emilia-Romagna e Tribunale di Sorveglianza per accoglienza e lavoro – patti di responsabilità (11.02.2013)
6. Protocollo di 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 DGR n.1788 del 2 dicembre 2013.

PARTE I Istituti Penali e caratteristiche della popolazione detenuta

1. Strutture in area penale adulti

1.1 Istituti Penali in Italia

In Italia esistono 205 Istituti Penali di cui 156 Case Circondariali (CC), 41 Case di Reclusione (CR), 2 Case di Lavoro (CL), di cui una a Castelfranco Emilia e 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), di cui uno a Reggio-Emilia (cfr fig.1).

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

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 accedervi 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.

Gli OPG accolgono sia internati sia detenuti in "osservazione" per **motivi psichiatrici**. L'internato è la persona "prosciolta per vizio di mente" al processo, cioè ritenuta incapace di intendere e volere a causa di un'infermità psichica totale.

Fig. 1 Istituti Penitenziari e tipologie degli Istituti presenti nelle regioni italiane al 31.12.2013

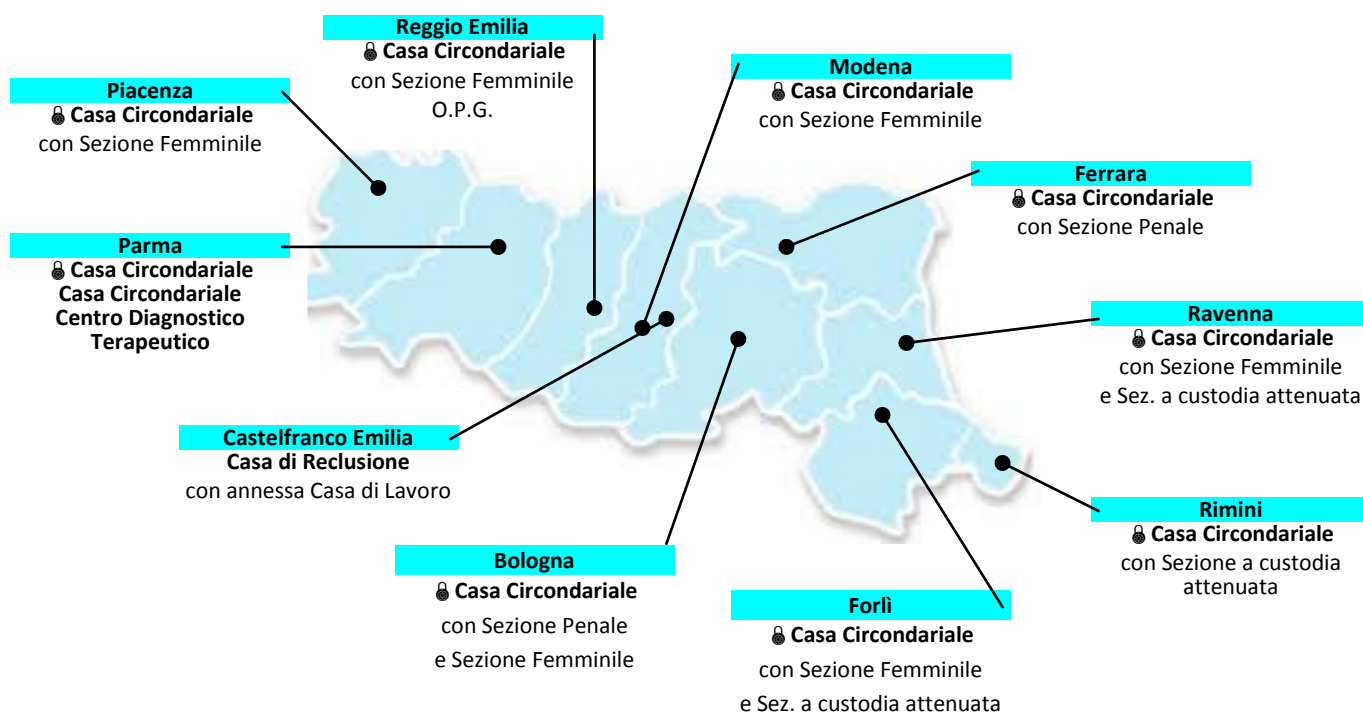


1.2 Istituti Penali in Emilia Romagna

In regione, come viene evidenziato dalla figura n.2 e dalla tavola riassuntiva n.1, esistono nove Case Circondariali, le cui caratteristiche sono quelle di detenere persone in attesa di giudizio o persone condannate a pene inferiori, o residuo pena, pari a cinque anni.

All'interno delle stesse Case Circondariali possono esistere delle sezioni penali (es. Bologna e Ferrara) e delle sezioni a custodia attenuata (Forlì e Rimini).

Fig. 2 Istituti Penitenziari e tipologie presenti in Emilia-Romagna al 31.12.2013



La tavola n.1 distingue gli Istituti Penitenziari per tipologia e ne descrive le principali caratteristiche: le attività lavorative, i corsi di formazione e la presenza degli sportelli informativi.

Tav. 1 Istituti Penitenziari in Emilia-Romagna secondo alcune attività presenti al 31.12.2013

Istituti	Attività lavorative	Corsi di formazione	Sportello
C.C. Piacenza	> Assemblaggio componenti elettronici > Inserimento dati/dematerializzazione documenti	> Apicoltura - addetto ristorazione	> Sportello immigrati > Sportello di ascolto Caritas
C.C./C.R. Parma		> Operatore addetto a stoccaggio merci-panificazione	> Sportello informativo
Istituti Penali di Reggio Emilia – C.C.		> Cucina e ristorazione > Giardinaggio e agricoltura	> Sportello informativo
O.P.G.		> Legatoria e tipografia	

C.C. Modena	> Vivai serra e tenimento agricolo	> Cucina e ristorazione > Tessile > Meccanica > Apicoltura	> Sportello informativo per stranieri
C.R. Castelfranco Emilia	> Lavanderia, vivai e serre, tenimento agricolo	> Apicoltura	
C.C. Bologna	> Sartoria > Recupero materiale elettronico (RAEE) > Laboratorio meccanica > Attività raccolta differenziata finanziata dal Comune di Bologna > Attività pulizia locali sanitari retribuita da AUSL	> Cucina e ristorazione > estetica > Meccanica > Edilizia > Giardinaggio e apicoltura > Igiene e ambiente-lavanderia	> Sportello informativo lavoro > Sportello mediazione culturale > Sportello anagrafico (Comune Bologna) > Sportello giuridico
C.C. Ferrara	> Recupero materiale elettronico (RAEE)	> Corso operatore addetto stampa digitale	> Sportello stranieri
C.C. Ravenna	> Raccolta differenziata > Manutenzione del verde	> Cucina e Ristorazione > Panificazione	> Sportello informativo inserimenti lavorativi (Comune RA)
C.C. Forlì	< Assemblaggio componenti elettronici-RAEE > Laboratorio riciclo carta > Pulizie Area sanitaria		> Sportello lavoro
C.C. Rimini	> Assemblaggio componenti elettronici	> Arti grafiche e televisive > Recupero materiali di riciclo	> Sportello lavoro e previdenziale (Patronato RM)

Fonte: PRAP

2. Popolazione detenuta e sovraffollamento

Da qualche anno la popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari italiani sta subendo un lento ma costante calo. Si è passati da 67.961 detenuti nel 2010 a 66.897 nel 2011 ai 65.701 del 2012 per arrivare a 62.536 presenze nel 2013.

Inoltre, è necessario precisare che la presente relazione assolve un debito informativo basato su dati al 31.12.2013 e non è, quindi, in grado di registrare gli ulteriori e significativi cambiamenti, intervenuti nel corso del primo semestre 2014, e che saranno oggetto della relazione sulla situazione penitenziaria del prossimo anno.

Tab. 1 Detenuti presenti, capienza regolamentare e Indice di sovraffollamento. Confronto tra la regione Emilia-Romagna e le altre regioni al 31.12.2013

Regione	Presenze	Capienza regolamentare	Indice di sovraffollamento %
Abruzzo	1.935	1.534	128,0
Basilicata	442	441	100,2
Calabria	2.653	2.481	123,3
Campania	7.966	5.850	137,5

Emilia Romagna	3.687	2.590	142,4
Friuli Venezia Giulia	763	548	139,2
Lazio	6.882	4.797	142,4
Liguria	1.703	1.042	156,5
Lombardia	8.756	5.892	144,7
Marche	1.072	847	138,0
Molise	455	391	116,4
Piemonte	4.542	3.849	123,5
Puglia	3.722	2.444	151,4
Sardegna	2.041	2.586	90,4
Sicilia	6.828	5.530	122,9
Toscana	4.008	3.286	122,9
Trentino Alto Adige	404	280	144,3
Umbria	1.508	1.342	113,2
Valle d'Aosta	200	181	110,5
Veneto	2.969	1.998	149,6

Fonte: DAP

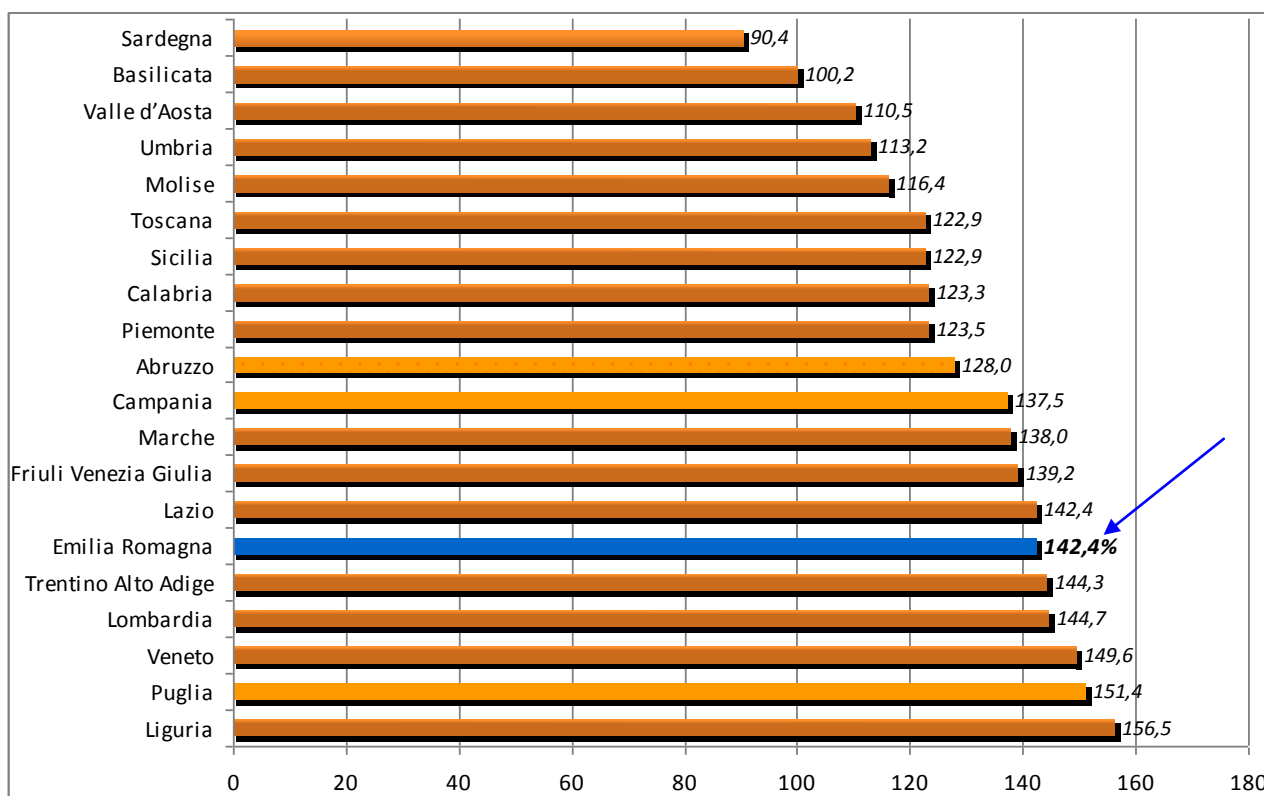
Con la costruzione di nuovi padiglioni all'interno degli Istituti Penitenziari e gli effetti deflattivi delle norme entrate in vigore dal 2010¹, la media nazionale del sovraffollamento nelle carceri è passata da 144% al 130%. Tuttavia, risulta, da una ricerca realizzata dall'Osservatorio Europeo², che l'indice medio di sovraffollamento degli altri paesi europei oscilla tra il 108% e il 113%, oltre 15 punti percentuali al di sotto della nostra media nazionale.

Al 31 dicembre 2013 la media nazionale del sovraffollamento si attesta al 130%, ma in alcune regioni (Veneto, Liguria, Puglia) supera il 150%.

**Fig. 3 Indice di sovraffollamento nelle carceri.
Confronto tra la regione Emilia-Romagna e le altre regioni al 31.12.2013**

¹ 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

² Ricerca realizzata sulle condizioni di detenzione in diversi paesi europei: Francia, Regno Unito, Grecia, Lettonia, Polonia, Portogallo, Spagna. Consultabile *on line* <https://sites.google.com/site/europeanprisonobservatory/>

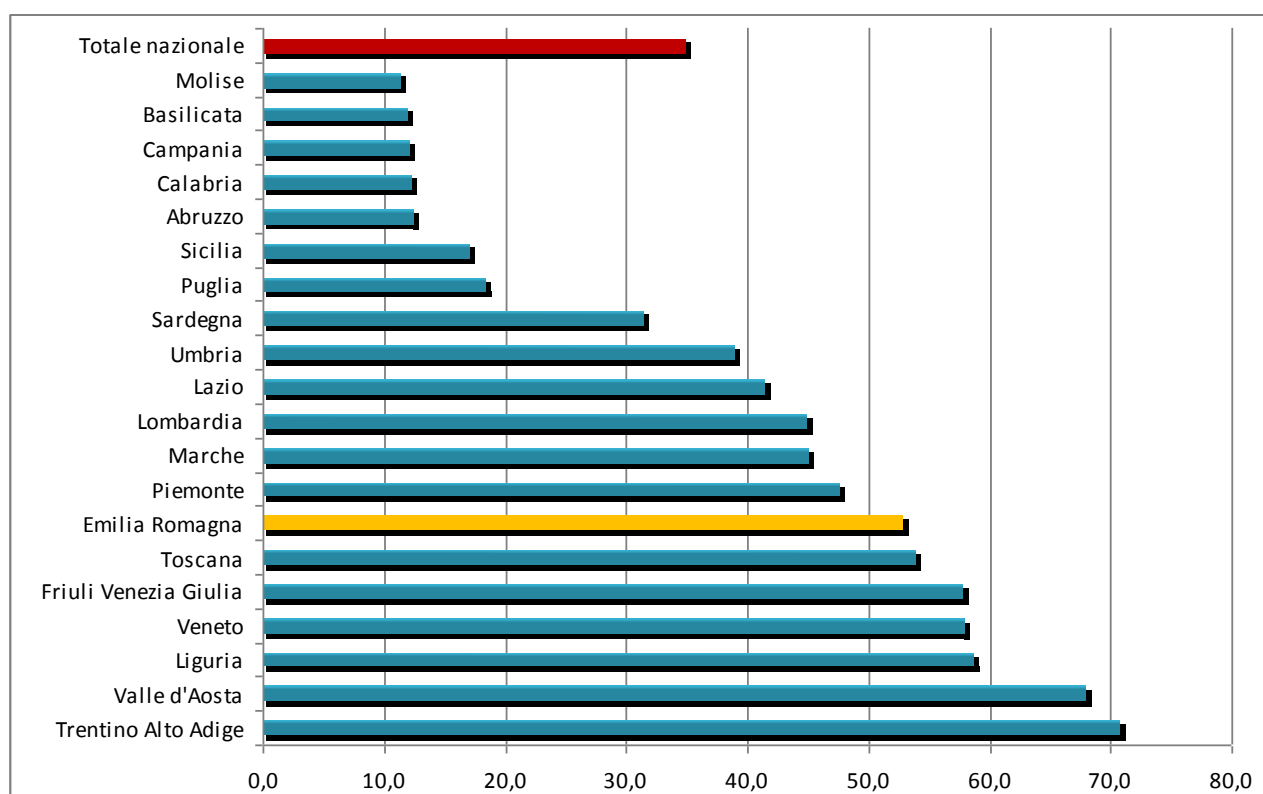


Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

Il sovraffollamento, l'alto tasso di popolazione detenuta in custodia cautelare (oltre il 34%), l'alta presenza di detenuti stranieri (34,9%) e di tossicodipendenti (circa 30%) sono i problemi principali delle carceri italiane evidenziati anche dalla sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo³.

**Fig. 4 Indice delle presenze dei detenuti stranieri.
Confronto tra la regione Emilia-Romagna e le altre regioni al 31.12.2013**

³ La II Camera della Corte europea dei diritti umani (CEDU), con la sentenza nel caso *Torreggiani e altri c. Italia* (ricorsi nn. 4357/09, 46882/09, 55400/09; 57875/09, 61535/09, 35315/10, 37818/10), adottata l'8 gennaio 2013, ha condannato lo Stato italiano per la violazione dell'art. 3 della Convenzione europea dei diritti umani (CEDU).



Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

A livello nazionale circa il 35% della popolazione carceraria è rappresentata da stranieri. In Emilia-Romagna, la presenza di stranieri negli Istituti penitenziari rappresenta in media più del 50% della popolazione detenuta, ma in alcune Case Circondariali supera il 60%.

**Tab. 2 Detenuti presenti e detenuti stranieri presenti.
Confronto tra Emilia Romagna e Italia al 31.12.2013**

Regione/Italia	Detenuti presenti	Di cui stranieri	%
Totale Istituti in Emilia Romagna	3.687	1.950	52,9
Totale Istituti in Italia	62.536	21.854	34,9

Fonte: DAP-PRAP

In regione il sovraffollamento è sempre stato un problema rilevante, che è andato peggiorando negli anni. Tuttavia, dal 2010 si è cominciato a registrare un lieve calo delle presenze pur mantenendo una percentuale di sovraffollamento molto elevata (oltre il 140%)⁴.

Tab. 3 Capienza regolamentare, detenuti presenti nelle carceri dell'Emilia-Romagna e indice di sovraffollamento al 31.12.2013

⁴ La percentuale di sovraffollamento è calcolata sulla capienza regolamentare.

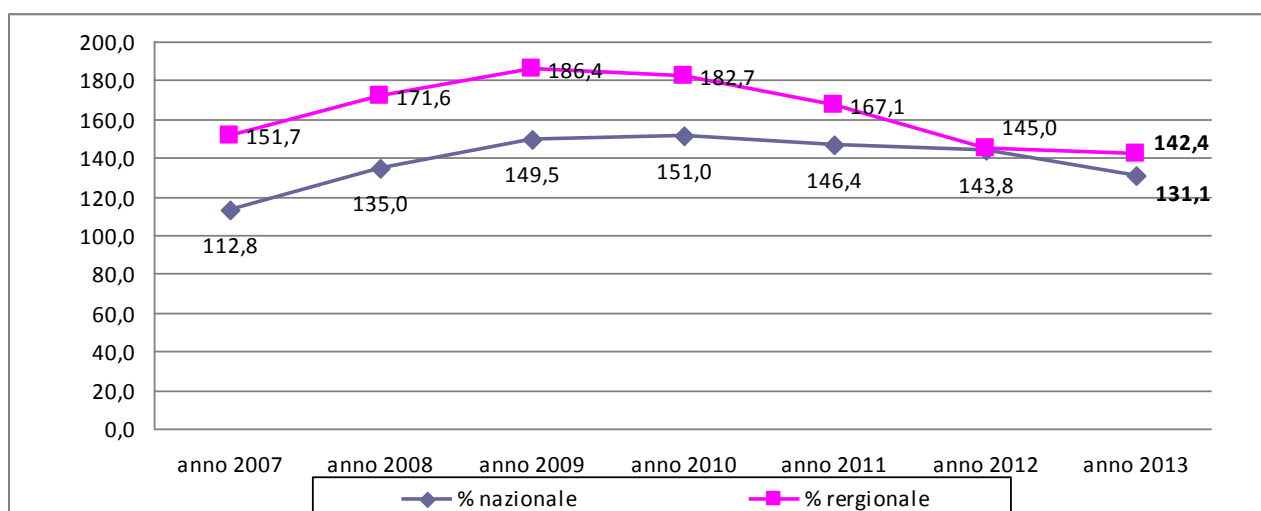
Istituto	Tipo	Capienza Regolamentare	Detenuti presenti		Indice di sovraffollamento (presenze su 100 posti)
			Totale	Di cui donne	
PIACENZA	CC	192	308	11	160,4
PARMA	CC	160	261	0	163,1
PARMA	CR	303	344	0	113,5
REGGIO NELL'EMILIA	CC	167	238	5	142,5
REGGIO NELL'EMILIA	OPG	132	180	0	136,4
MODENA	CC	373	556	32	149,1
CASTELFRANCO E.	CR	168	94	0	56,0
BOLOGNA	CC	501	886	62	176,8
FERRARA	CC	252	392	0	155,6
RAVENNA	CC	59	110	0	186,4
FORLÌ	CC	144	154	23	106,9
RIMINI	CC	139	164	0	118,0
TOTALE		2590	3.687	133	142,4

Fonte: DAP

A marzo 2013 l'inaugurazione del nuovo padiglione nella Casa Circondariale di Modena ha fatto registrare un nuovo innalzamento della popolazione detenuta, a fronte, però, di una capacità ricettiva di circa 150 posti in più.

Tutto questo ha fatto sì che su una capienza regolamentare di 2590 posti a fine 2013 negli Istituti Penali in regione fossero ospitati 3687 detenuti con una percentuale di sovraffollamento del 142%.

**Fig 5 - Indice di sovraffollamento nelle carceri.
Confronto tra la regione Emilia-Romagna e Italia dal 2007 al 2013**



Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

Nel 2013, come si rileva dalla figura n.5, la percentuale di sovraffollamento in regione è più alta della media nazionale di oltre 10 punti. Si precisa che la presenza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario a Reggio-Emilia, insieme alla Casa di Lavoro di Castelfranco Emilia, rappresentano circa l'8% della popolazione detenuta in Emilia-Romagna.

2.1 Popolazione detenuta straniera

In Emilia-Romagna la **presenza di stranieri** negli Istituti penitenziari rimane alta (52,9%), in aumento rispetto agli anni precedenti, è costantemente più alta rispetto alla presenza di detenuti stranieri nelle carceri nazionali.

Tab. 4 Presenza detenuti stranieri per Istituto al 31.12.2013 in Emilia-Romagna

Istituto	Tipo	Totale detenuti presenti	Detenuti stranieri	% detenuti stranieri
PIACENZA	CC	308	183	59,4
PARMA	CC	261	166	63,6
PARMA	CR	344	58	16,9
REGGIO NELL'EMILIA	CC	238	140	58,8
REGGIO NELL'EMILIA	OPG	180	44	24,4
MODENA	CC	556	382	68,7
CASTELFRANCO EMILIA	CR	94	15	16,0
BOLOGNA	CC	886	530	59,8
FERRARA	CC	392	200	51,0
RAVENNA	CC	110	66	60,0
FORLÌ	CC	154	81	52,6
RIMINI	CC	164	85	51,8
TOTALE		3.687	1.950	52,9

Fonte:PRAP

A fine 2013 gli Istituti penali più sovraffollati sono quelli di Parma, Modena e Ravenna che registrano, in linea con gli anni precedenti, un picco di presenze di detenuti stranieri superiori al 60%, seguiti da Bologna e Reggio-Emilia che si collocano lievemente sotto tale soglia.

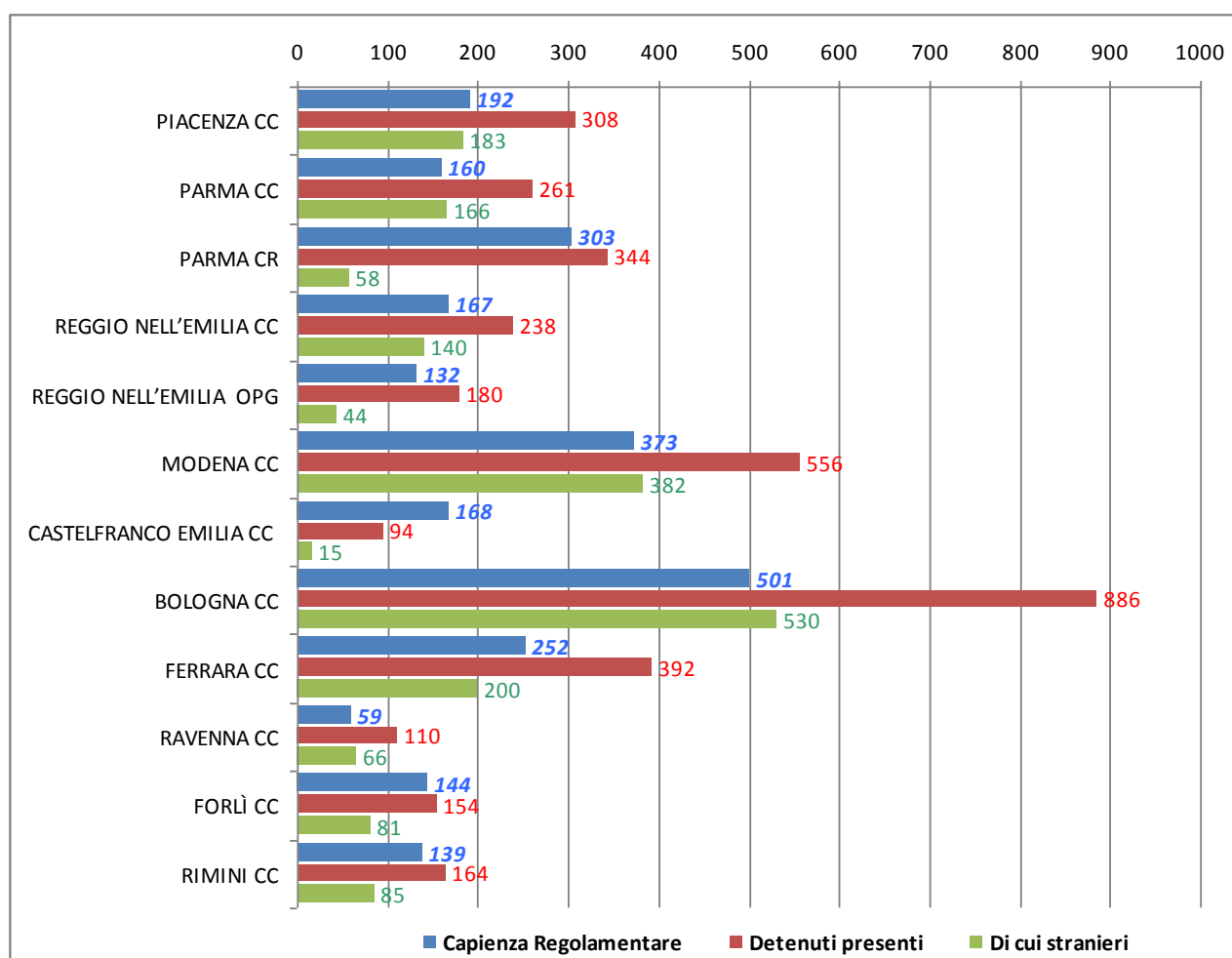
La tabella n.5 evidenzia, da sette anni a questa parte, un decremento della popolazione detenuta straniera, a livello nazionale, di circa 2,5 punti percentuali, mentre a livello regionale è aumentata di circa 2 punti.

Tab. 5 Presenza e incidenza dei detenuti stranieri in Regione Emilia-Romagna e in Italia (2007-2013)

Anno di riferimento	Regione Emilia-Romagna		Italia	
	Presenza detenuti stranieri	% sul totale della popolazione	Presenza detenuti stranieri	% sul totale della popolazione
2007	1.843	51%	18.252	37,48
2008	2.116	52%	21.562	37,09
2009	2.361	53%	24.067	37,15
2010	2.291	52,4%	24.954	36,72
2011	2.065	51,6%	24.174	36,14
2012	1.716	51,2%	23.492	35,76
2013	1.950	52,9%	21.854	34,95

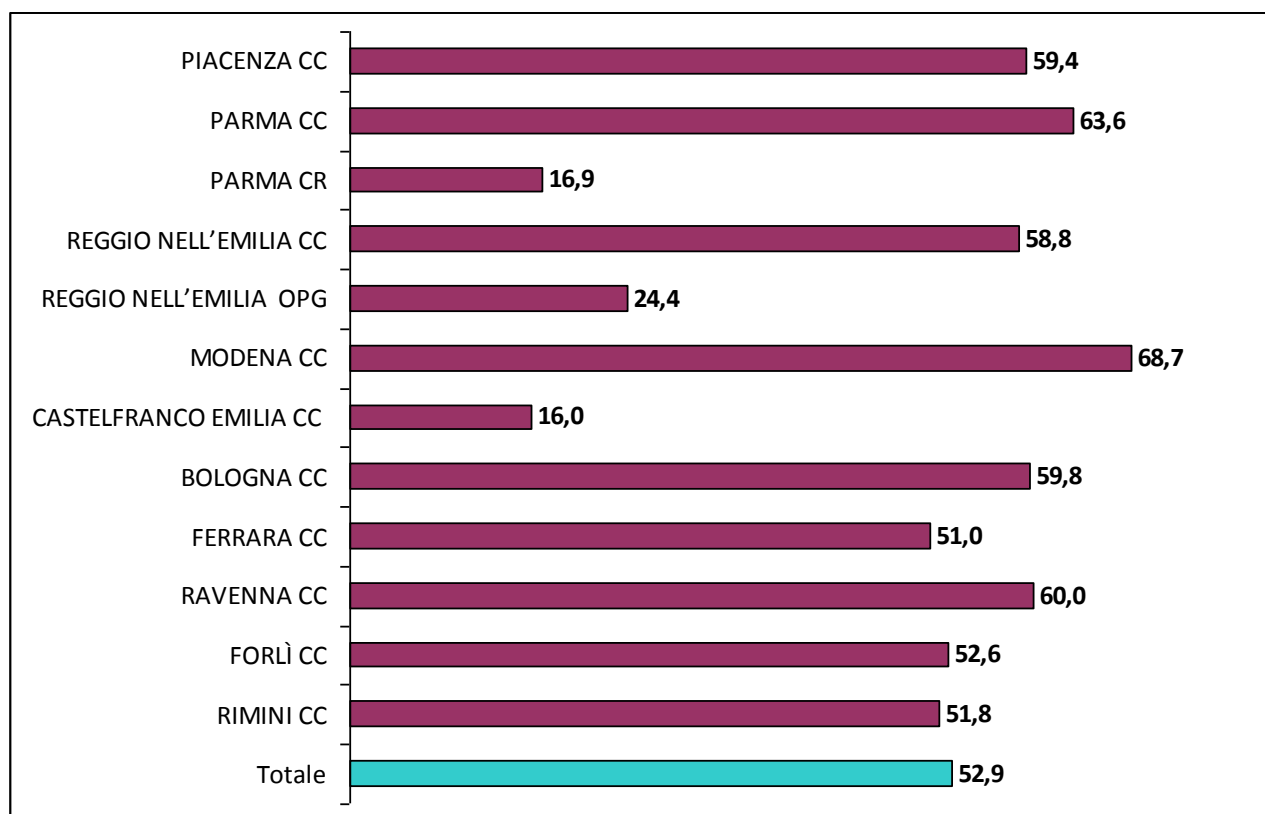
Fonte DAP

Fig. 6 Capienza regolamentare, detenuti presenti e detenuti stranieri presenti nelle carceri dell'Emilia-Romagna al 31.12.2013



Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

Fig. 7 Composizione % detenuti stranieri diviso per Istituti Penitenziaria al 31.12.2013 in Emilia-Romagna



Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

2.2 Composizione socio-demografica della popolazione detenuta

Per quel che riguarda la composizione della popolazione carceraria degli Istituti Penitenziari dell'Emilia Romagna rileviamo che per oltre il 56% si tratta di persone residenti in Emilia-Romagna, le altre regioni di provenienza dei detenuti presenti sono: Lombardia (8%), Campania (5%), Sicilia (3,5%) e Veneto (2,6%).

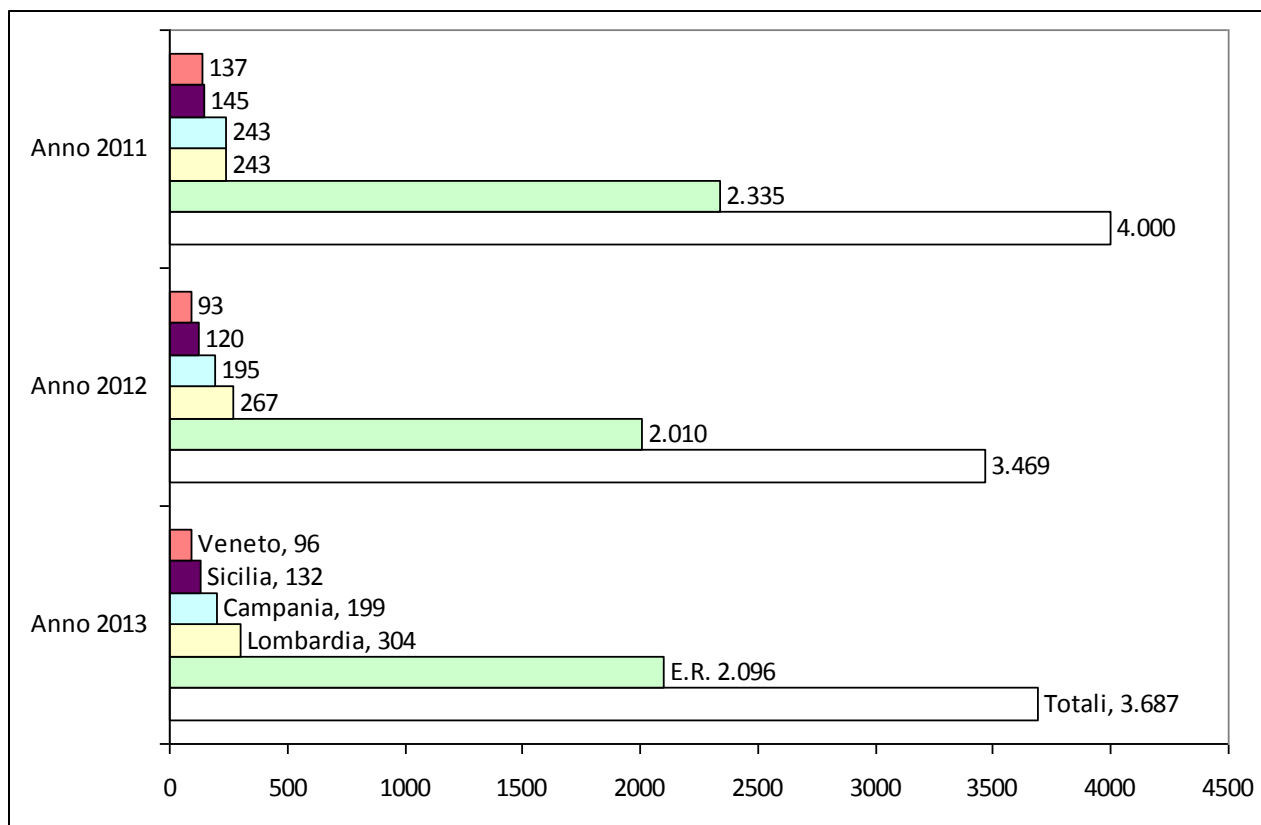
La figura n.8 evidenzia come questo dato non si sia modificato in modo rilevante negli ultimi tre anni. Infatti, se la composizione della popolazione non residente si è modificata (si evidenzia un calo dei residenti in Veneto ed un aumento dei residenti in Lombardia), i numeri dei residenti in Emilia-Romagna non sono variati, nonostante la richiesta, da parte della Regione Emilia-Romagna,⁵ di utilizzare i posti a disposizione degli Istituti Penitenziari per detenuti in possesso della residenza emiliano-romagnola ospiti negli istituti Penitenziari Italiani.

La richiesta della Regione è finalizzata a favorire la compiuta applicazione del principio generale di territorializzazione della pena previsto dall'art. 30 del DPR 30 giugno 2000 n.230, anche per i

⁵ Intesa Istituzionale tra Commissario delegato e Regione Emilia-Romagna per la localizzazione delle aree destinate alla realizzazione di nuove infrastrutture carcerarie previste dal Piano Carceri ai sensi dell'art.17 ter della legge 26 febbraio 2010 n.26, firmata il 6 maggio 2011

detenuti comuni. Inoltre, nel 2013 risultano essere 628 i detenuti residenti in Emilia-Romagna presenti negli Istituti Penitenziari delle altre regioni.

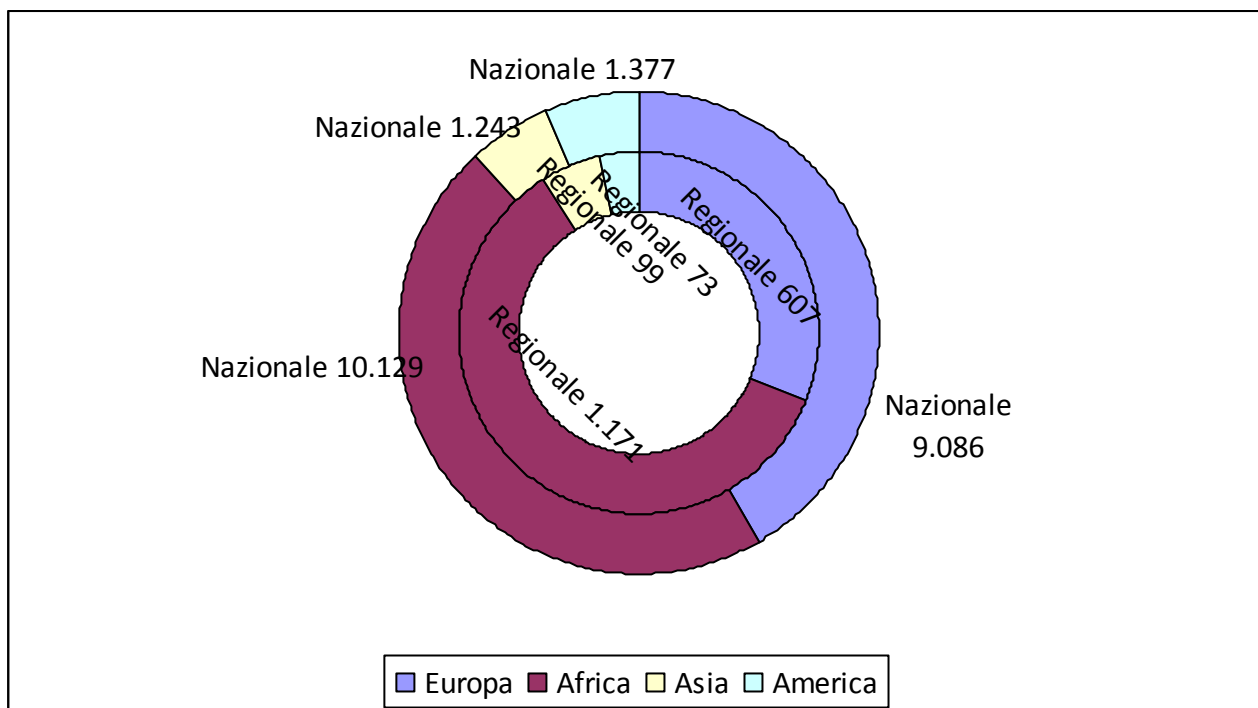
Fig. 8 Detenuti presenti nelle carceri dell'Emilia-Romagna per regione di residenza (prime 5 regioni) al 31.12.2013



Fonte: DAP – Elaborazione RER-SPA

Nelle carceri italiane sono presenti detenuti di ben 140 nazionalità diverse. Le più rappresentate sono quella marocchina (4.060 detenuti), rumena (4.706 detenuti), albanese (2.845 detenuti) e tunisina (2.627 detenuti). Più del 46% dei detenuti stranieri proviene da paesi africani, poco meno del 42% dall'Europa, mentre il restante 12% si divide equamente fra Asia e America (cfr. figura n.9).

Fig. 9 Provenienza dei detenuti per area geografica. Confronto tra Emilia-Romagna e Italia al 31.12.2013

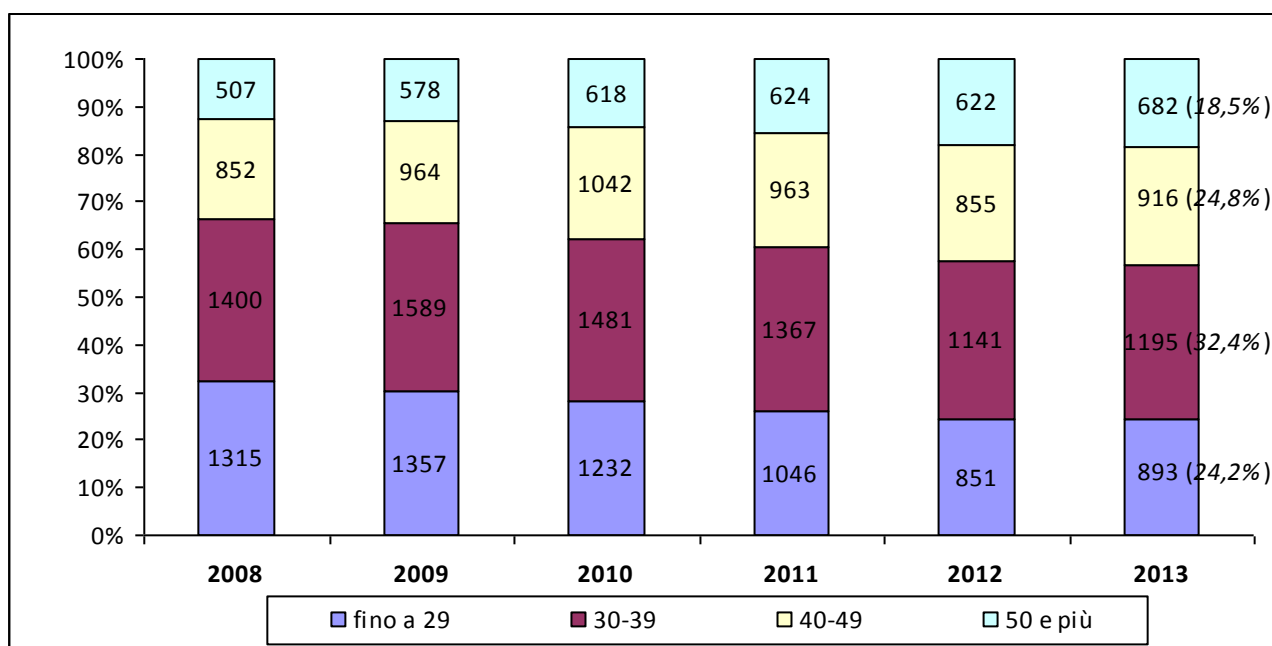


Fonte: DAP– Elaborazione RER-SPA

Accordi bilaterali con gli Stati di provenienza potrebbero permettere di far scontare ai condannati la pena nei loro paesi di provenienza. Tuttavia, 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 19% della popolazione carceraria (23% in Emilia-Romagna).

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

Fig. 10 Composizione % dei detenuti presenti nelle carceri dell'Emilia-Romagna al 31.12 degli anni dal 2008 al 2013



Fonte DAP – Elaborazione RER

Tab. 6 Detenuti presenti nelle carceri dell'Emilia Romagna e dell'Italia al 31.12 del 2013 per classi d'età.
Valori assoluti e %

	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
Italia	910	4.371	8.578	10.200	9.970	9.157	7.319	8.472	2.943	597	19	62.536
	1,5	7,0	13,7	16,3	15,9	14,6	11,7	13,5	4,7	1,0	0,0	100,0
Emilia Romagna	77	276	540	625	570	524	392	453	169	60	1	3687
	2,1	7,5	14,6	17,0	15,5	14,2	10,6	12,3	4,6	1,6	0,0	100,0

Fonte DAP

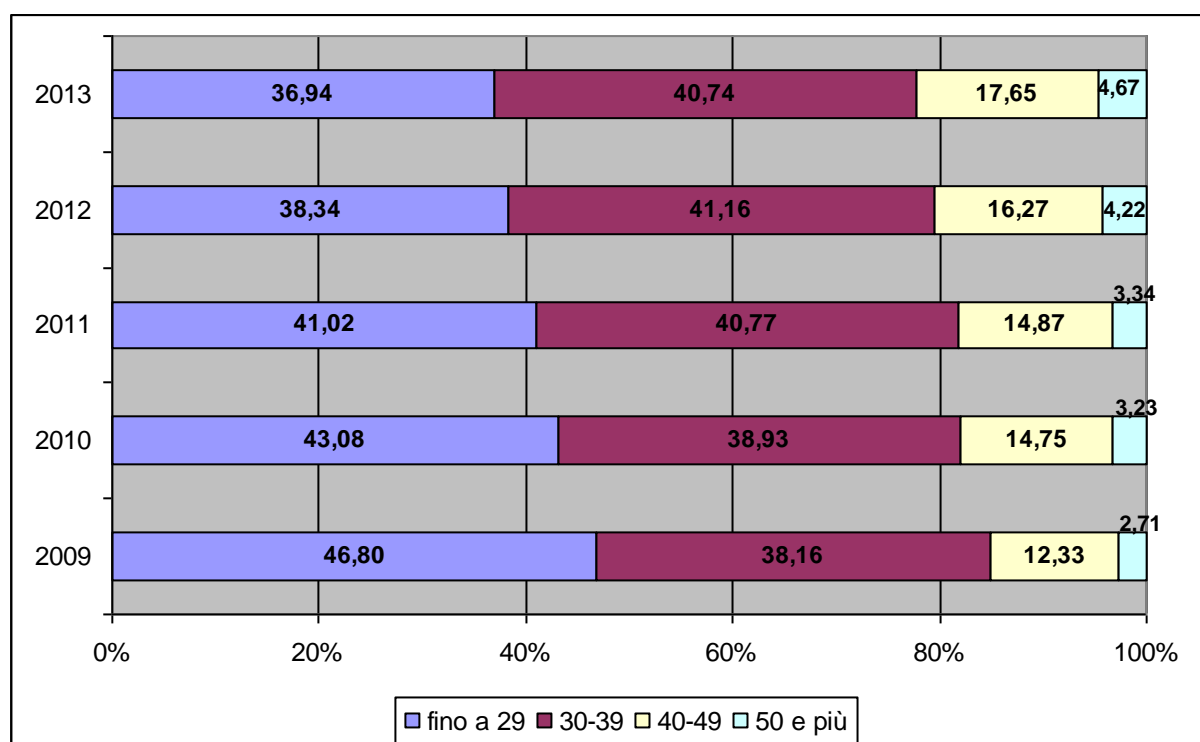
La percentuale dei detenuti sotto i 30 anni, presenti negli Istituti penali della nostra regione, è più alta di circa due punti percentuali, rispetto ai dati nazionali.

La presenza rilevante degli stranieri nelle carceri dell'Emilia-Romagna incide, quindi, anche sui cambiamenti delle caratteristiche socio demografiche. La popolazione straniera detenuta è complessivamente più giovane di quella italiana. La fascia di età fino a 29 anni, infatti, che per l'intera popolazione detenuta rappresenta meno di un quarto del totale, costituisce invece per la popolazione detenuta straniera circa il 37% del totale.

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. Gli stranieri, per questa fascia di età, rappresentano in regione il 41%.

La figura n.11 evidenzia che, seppur più giovane, la popolazione straniera detenuta rispetto a quella autoctona, negli ultimi cinque anni ha subito un graduale invecchiamento; rispetto al 2009 ad esempio, i detenuti sotto i 29 sono passati dal 47% al 37% del totale dei detenuti stranieri presenti negli Istituti dell'Emilia Romagna.

Fig. 11 Composizione % dei detenuti stranieri presenti nelle carceri dell'Emilia Romagna al 31.12 negli anni 2009-2013



Fonte PRAP – Elaborazione Emilia-Romagna - SPA

Rispetto ai detenuti italiani il livello d'istruzione risulta inferiore; sono nettamente più diffusi il titolo di scuola media inferiore ed elementare, che insieme incidono per il 55%⁶e, con un 4% le persone classificate come "analfabete".

Per quel che riguarda lo stato civile, si rileva che il 50% dei detenuti stranieri in regione risultano celibi/nubili, la percentuale nazionale è del 54%. Il 23% risulta coniugato e un 3,6% è divorziato o separato legalmente, il 4,5% risulta convivente.

Questo dato ha rilevanza, 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.

⁶ Il dato è calcolato sul numero dei detenuti stranieri rilevati. Per 13.488 detenuti stranieri non è stato possibile rilevare questo tipo di informazione.

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.

2.2.1 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 su oltre il 45% dei detenuti presenti nelle carceri a livello nazionale per il 55% dei detenuti nella nostra regione.

Tuttavia, con i restanti dati è possibile osservare che lo 0,8% dei detenuti presenti nelle carceri della Regione è analfabeta, l'1,5% è privo di titolo di studio, il 7,5% ha la licenza elementare, circa il 28% possiede la licenza media inferiore, lo 0,7% è in possesso di diploma di scuola professionale, il 4,9% ha un diploma di scuola media superiore e lo 0,9% è in possesso di una laurea.

A livello nazionale le percentuali sono pressoché analoghe, un lieve aumento si nota nella percentuale di analfabetismo (1,1%) e nell'assenza del titolo di studio (2,7%).

Tab. 7 Detenuti per titolo di studio in Emilia-Romagna e in Italia al 31.12.2013

Titolo di studio	Emilia-Romagna		Italia	
	v.a.	%	v.a.	%
Laurea e post laurea	33	0,9	576	0,9
Diploma scuola media superiore	181	4,9	3.297	5,3
Diploma scuola professionale	27	0,7	386	0,6
Licenza scuola media inf.	1.036	28	20.333	32,5
Licenza scuola elementare	274	7,5	7.132	11,4
Privo di titolo di studio, sa leggere	56	1,5	1.701	2,7
Analfabeta	29	0,8	677	1,1
Non rilevato	2.051	55,7	28.434	45,5
Totali	3.687	100,00	62.536	100,00

Fonte: PRAP

2.2.2 Corsi professionali

I detenuti che hanno partecipato a corsi professionali all'interno del carcere nell'anno 2013 sono stati 342 (138 nel secondo semestre) il 43% sono detenuti stranieri. Gli esami finali sono stati superati da circa il 60% dei partecipanti. Rispetto al 2012 risulta un leggero incremento nel numero dei beneficiari totali, mentre scendono di due punti percentuali i detenuti stranieri iscritti. Non varia la percentuale di successo agli esami finali dei corsi.

Tab. 8 Corsi professionali attivati nel II semestre 2013 negli II.PP. della Regione

Istituto	Tipo corso	Detenuti iscritti			Di cui stranieri		
		U	D	TOT	U	D	TOT
CC Reggio Emilia	Varie	12	0	12	4	0	4
CC Parma	Legatoria e tipografia	5		5	0	0	0
	Varie	4	0	4	0	0	0
	Addetto a mov. e stocc. merci	12	0	12	0	0	0
CR Parma	Tessile	0	10	10	0	7	7
	Legatoria e tipografia	6	0	6	2	0	2
CC Bologna	Edilizia	12	0	12	6	0	6
	Cucina e ristorazione	13	0	13	8	0	8
	Igiene e ambiente	12		12	8		8
CC Modena	Falegnameria	12	0	12	5	0	5
CL Castelfranco E.	Igiene e ambiente	15		15	3		3
Ferrara	Cucina e ristorazione	13	0	13	7		7
CC Rimini	Edilizia	12	0	12	4	0	4
TOTALE		128	10	138	47	7	54

Fonte PRAP

Oltre a questi corsi, nell'anno 2013 le Province, attraverso il Fondo Sociale Europeo⁷, hanno approvato 131 progetti, 78 dei quali fanno riferimento al progetto Acero. I tirocini sono 63 e gli altri progetti sono azioni a supporto dei tirocini, di accompagnamento formazione o di riconoscimento delle competenze tramite esame (sia acquisite nei percorsi formativi o sul lavoro, sia riconoscendo esperienze pregresse).

2.2.3 Corsi scolastici

Negli Istituti Penitenziari presenti in regione vengono attivati corsi di alfabetizzazione e corsi scolastici che hanno coinvolto 1378 detenuti nel 2013. Dei detenuti iscritti 61 sono donne, e rappresentano il 46% delle detenute presenti negli Istituti Penitenziari in Regione. La maggior parte dei corsi sono frequentati da detenuti stranieri (76%) con una percentuale di successo scolastico di circa il 40%.

⁷ Si rimanda un approfondimento nella II parte della presente relazione nel capitolo riguardante le politiche regionali.

A differenza degli anni passati in cui prevalevano i corsi di alfabetizzazione, si nota un incremento di corsi per il conseguimento della licenza elementare o della scuola secondaria di primo grado.

Tab. 9 Corsi scolastici - Anno Scolastico 2012/2013

Corsi scolastici	Numero di iscritti		
	Totale	Di cui donne	Di cui Stranieri
CILS (ex Alfabetizzazione stranieri)	190	11	182
CA (Scuola primaria)	287	15	251
CSI (Scuola secondaria 1° grado)	275	20	211
CSS (Scuola secondaria 2° grado)	260	1	129
Corsi universitari (iscritti al 31 dicembre 2013)	25	2	2
Totale iscritti Corsi universitari nazionale (al 31 dicembre 2013)	341	12	53
Totali iscritti a corsi scolastici - Regionale	1.378	61	828
Totali iscritti ai corsi scolastici - Nazionale	16.495	977	9.370

2.2.4 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 70% non è stato possibile accertare la collocazione in una delle voci previste dalla rilevazione, la percentuale si abbassa leggermente a livello nazionale.

Il resto della popolazione detenuta risulta per oltre il 14% disoccupata, dato regionale che sale a livello nazionale al 17%. Poco più del 6% dei detenuti in regione risulta essere occupato al momento dell'arresto, la percentuale sale all'8% a livello nazionale.

Tab. 10 Condizione lavorativa dei detenuti italiani e stranieri in Emilia-Romagna e in Italia al 31.12.2013

Condizione lavorativa	Emilia Romagna		Italia	
	v.a.	%	v.a.	%
Occupato	234	6,35	5.074	8,11
Disoccupato	552	14,97	10.782	17,24
In cerca di occupazione	26	0,71	654	1,05
Casalinga	4	0,11	487	0,78
Studente	6	0,16	91	0,15
Ritirato dal lavoro	3	0,08	14	0,02
Pensionato	46	1,25	656	1,05
Altra condizione	26	0,71	1.066	1,70
Non rilevato	2.790	75,67	43.712	69,90
Totali	3.687	100,00	62.536	100,00

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 ed offrire alla persona detenuta percorsi lavorativi adeguati per un efficace reinserimento sociale.

Nell'anno 2013, negli Istituti Penitenziari della regione, hanno lavorato alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria 595 persone. Il 46% dei detenuti lavoratori negli Istituti Penitenziari della regione è straniero. Si registra un leggero decremento rispetto all'anno precedente in cui i lavoratori alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria sono stati 651. Sono aumentati, invece, i detenuti che hanno lavorato per datori di lavoro esterni, imprese e cooperative, passando da 110 nel 2012 a 135 nel 2013.

Si tratta di lavori di manutenzione ordinaria dei fabbricati, servizi di istituto, lavorazioni interne (vivai e tenute agricole) e di servizi extramurari in art.21⁸.

I detenuti lavoratori "non alle dipendenze" dell'Amministrazione Penitenziaria rappresentano il 3,6% della popolazione carceraria. Gli stranieri in questo caso rappresentano una percentuale minima rispetto alla popolazione detenuta che lavora.

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 62.536 detenuti lavora poco più del 19% alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria e circa il 4% per altri datori di lavoro o in proprio.

Tab. 11 Riepilogo detenuti lavoratori in Emilia-Romagna e in Italia al 31.12.2013

Regione di detenzione	Detenuti lavoratori alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria						Detenuti lavoratori non alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria					
	Lavorazioni	Colonie agricole	Servizi d'istituto	Manutenzione ordinaria fabbricati	Servizi extramurari (ex art.21 L. 354/75)	Totale	Semiliberi		Servizi extramurari (ex art.21 L. 354/75)	Lavoranti in istituto per conto di:		Totale
							in proprio	per datori esterni		Imprese	Cooperative	

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.).

Emilia Romagna	16	0	503	34	42	595	1	32	61	25	16	135
	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	507	200	10.104	725	732	12.268	50	693	590	236	709	2.278
	4,1	1,6	82,4	5,9	6,0	100,0	2,2	30,4	25,9	10,4	31,1	100,0

3. 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 legge sulla droga, questi ultimi commessi principalmente da stranieri.

I reati contro la pubblica amministrazione, per associazione di stampo mafioso e "legge armi"⁹ riguardano prevalentemente la popolazione detenuta italiana.

Secondo i dati di Caritas Migrantes gli stranieri occupano, anche nella criminalità, posizioni di prevalente manovalanza commettendo i reati meno remunerativi, ma più visibili, o comunque diretti a procurare un vantaggio economico immediato.

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%)¹⁰. L'incidenza è molto alta tra i reati legati alla 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 circa il 38% degli stranieri è coinvolto in reati contro la pubblica amministrazione. 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.

Analogamente in regione il 66% dei detenuti stranieri è in carcere per reati legati alla droga¹¹, il 42% per reati contro il patrimonio, l'86% per reati legati alla legge sull'immigrazione e il 76% per reati legati allo sfruttamento della prostituzione.

Tab. 12 Detenuti per cittadinanza, genere e tipologia principale di reato in Italia al 31.12.2013

Tipologia di reato ¹²	Detenuti Italiani + Stranieri			Detenuti Stranieri		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale

⁹ Legge 18 aprile 1975 n.110 e ss.mm.

¹⁰ Si veda il sito giustizia.it

¹¹ DPR 309/90 Testo unico in materia di stupefacenti

¹² Si rimanda al sito giustizia.it

Contro il patrimonio	1.249	32.716	33.965	480	9.272	9.752
Contro la persona	790	23.107	23.897	302	7.073	7.375
Legge armi	129	10.361	10.490	19	949	968
Legge droga	1.011	23.262	24.273	389	9.343	9.732
Fede pubblica	197	4.414	4.611	73	1.650	1.723
Contro la pubblica amministrazione	157	7.952	8.109	43	3.032	3.075
Prostituzione	97	783	880	85	597	682
Legge stranieri	60	1.114	1.174	54	1.018	1.072
Associazione di stampo mafioso (416bis)	137	6.607	6.744	8	66	74

Fonte: DAP

Tab. 13 Detenuti per cittadinanza, genere e tipologia di reato in Emilia-Romagna al 31.12.2013

Tipologia di reato ¹³	Detenuti Italiani + Stranieri			Detenuti Stranieri		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
Contro il patrimonio	67	1.830	1.897	23	782	805
Contro la persona	42	1.474	1.516	20	638	658
Legge armi	2	447	449	1	56	57
Legge droga	44	1.491	1.535	30	984	1.014
Fede pubblica	12	299	311	4	127	131
Contro la pubblica amministrazione	5	526	531	1	310	311
Prostituzione	5	45	50	4	34	38
Legge stranieri	3	34	37	3	29	32
Associazione di stampo mafioso (416bis)	0	294	294	0	5	5

Fonte: DAP

3.1 Posizione giuridica dei detenuti

Dalla tabella n.14 si rileva che gli imputati senza una sentenza definitiva rappresentano sia a livello regionale che a livello nazionale circa il 40% della popolazione detenuta.

Tab. 14 Posizione giuridica dei detenuti in Italia e in Regione Emilia-Romagna (italiani e stranieri) al 31.12.2013

Posizione giuridica	Regione Emilia-Romagna				Italia			
	Totale	%	Stranieri	%	Totale	%	Stranieri	%
Attesa 1° giudizio	686	18,6	440	22,6	11.108	17,8	4.411	20,2
Appellante	351	9,5	234	12,0	6.065	9,7	2.709	12,4
Ricorrente	270	7,3	192	9,8	4.080	6,5	1.835	8,4
Imputato misto	67	1,8	29	1,5	1.578	2,5	306	1,4

¹³ Vedi sito giustizia.it

Definitivo	2.111	57,3	1.013	51,9	38.471	61,5	12.422	56,8
Internato	199	5,4	39	2,0	1.188	1,9	157	0,7
Da impostare	3	0,1	3	0,2	46	0,1	14	0,1
Totali detenuti	3.687	100,0	1.950	100,0	62.536	100,0	21.854	100,0

Fonte: DAP

Negli Istituti Penitenziari della nostra regione circa il 52% dei detenuti stranieri ha una condanna definitiva, la percentuale aumenta di circa 5 punti percentuali a livello nazionale.

Le persone in attesa del primo giudizio, sia a livello nazionale che a livello regionale, sono circa il 20%. In particolare, in regione rappresentano il 18,6% della popolazione detenuta di questi il 64% sono stranieri (440 su 686).

A livello nazionale gli stranieri in attesa del primo giudizio rappresentano circa il 40% del totale in attesa di giudizio. Su questi dati incide spesso l'assenza di un domicilio o di una residenza certa in cui sia possibile attendere una sentenza definitiva.

Dalla tabella n.15 si rileva che i detenuti presenti nelle carceri della regione hanno per oltre il 50% pene inflitte al di sotto dei 5 anni.

Il calo delle pene brevi che evidenzia la serie storica (cfr. tab. n.15) ha una inversione di tendenza nel 2013, in cui si registra un aumento sia delle pene brevi che delle condanne a medio e lungo termine.

Tab. 15 Detenuti presenti condannati (con almeno una condanna definitiva) nelle carceri dell'Emilia-Romagna al 31.12 degli anni dal 2009 al 2013 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
	8,5	12,1	13,3	19,8	21,9	13,6	5,3	5,5	100,0

Fonte: DAP

La tabella n.16 riporta i dati relativi ai condannati per pena residua.

In regione, a fronte di una popolazione carceraria di 3687 persone, 2111 risultano con almeno una condanna definitiva (57%), di queste poco meno del 44% risulta con una pena residua sotto i 5 anni, a livello nazionale arriva il dato al 75,5%.

Gli stranieri con pene residue al di sotto dei 5 anni rappresentano il 90% della popolazione straniera presente negli Istituti penitenziari della regione con condanna definitiva. In Italia costituiscono l'86,5% dei detenuti stranieri definitivi.

**Tab. 16 Detenuti presenti condannati (con almeno una condanna definitiva)
per *pena residua* italiani e stranieri nelle carceri regionali e nazionali al 31.12.2013**

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	665	395	284	266	246	111	27	117	2.111
Nazionale	9.569	7.535	5.726	6.251	5.165	2.196	446	1.583	38.471
Stranieri									
Emilia Romagna	456	230	147	91	58	26	1	4	1.013
Nazionale	4.398	2.929	1.881	1.537	1.117	410	71	79	12.422

Fonte: DAP

Approfondimenti

Madri e padri detenuti

La Legge dell'8 marzo 2001 n.40 individua alcune modalità per consentire ai bambini di madri detenute di rimanere vicino alla propria mamma attraverso la detenzione domiciliare speciale e la costruzione su tutto il territorio nazionale delle case carcerarie riservate alle madri detenute ed ai loro bambini. In attesa dell'istituzione delle case detentive, la legge citata indica che il minore può rimanere in carcere con la propria madre fino all'età di 3 anni.

La Regione Emilia-Romagna¹⁴, in stretto raccordo con l'Amministrazione Penitenziaria, attraverso il Programma Carcere promuove progetti che tendono a garantire e preservare le relazioni genitoriali. Il progetto regionale "Cittadini Sempre", ad esempio, si pone come obiettivo quello di stimolare la rete dei volontari affinché sostengano, attraverso azioni specifiche, la genitorialità in carcere. Si rimanda alla seconda parte della relazione per evidenziare le azioni e i progetti specifici per questo target.

In Emilia Romagna al 31.12.2013 non si registra la presenza di bambini negli Istituti Penitenziari mentre a livello nazionale sono 40 i bambini reclusi con le loro madri, con una presenza femminile di 2.694 detenute. Il dato non varia rispetto al 2012, mentre rispetto al 2011, a fronte di una popolazione femminile pressoché simile si registrava la presenza di 54 bambini negli Istituti Penitenziari in Italia.

¹⁴ D.A.L. 26 del 23.11.2010 – DGR n.288 del 27.12.2010

Tab. 17 Detenute e bambini presenti negli Istituti Penitenziari dell'Emilia-Romagna al 31.12.2013

Istituto con sezione femminile	Detenute presenti	Asili attivi	Bambini presenti
Piacenza	11	0	0
Reggio-Emilia	5	0	0
Modena	32	0	0
Bologna	62	0	0
Forlì	23	0	0
Totale Regione	133	0	0
Totale Nazionale	2.694	15	40

Fonte: DAP

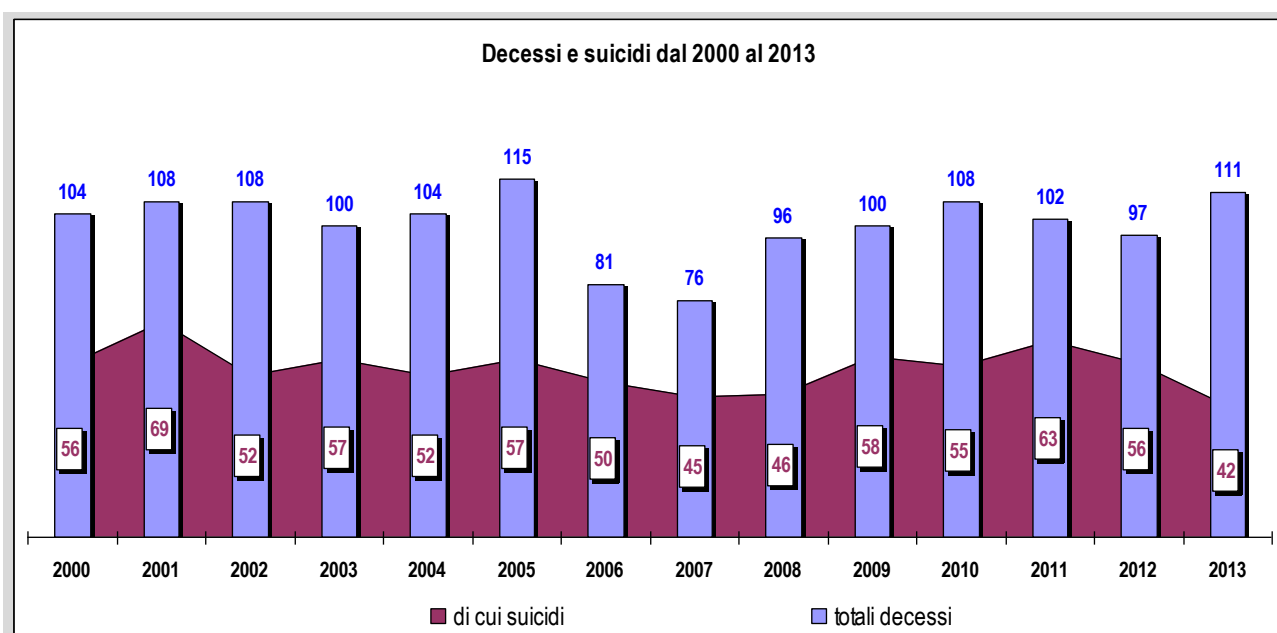
Suicidi in carcere

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, in particolare se paragonato al tasso di suicidi fuori dagli Istituti Penitenziari.

Nelle carceri italiane i detenuti si tolgono la vita con una frequenza 19 volte maggiore rispetto alle persone libere. L'ultimo confronto statistico tra l'Italia, gli altri paesi europei e gli Usa, risale al 2010. La ricerca, fatta dal Centro Studi di Ristretti Orizzonti su dati del Ministero di Giustizia, del Consiglio d'Europa e dell'U.S. Department of Justice – Bureau of Justice Statistics, prende in considerazione il periodo 2005-2007. In questo triennio, in Italia, il tasso di suicidi nelle carceri è stato pari a 10 casi ogni 10 mila detenuti (salito a 11,2 nel 2009 e 2010), mentre in Europa è stato di 9,4 casi e di 2,9 negli Usa.

Negli Istituti di Pena italiani nel 2013 ci sono stati 42 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. Come si evince dalla figura n.12 sono aumentati i casi di morte per cause naturali.

Fig. 12 Numero suicidi e atti di autolesionismo in Italia al 31.12 degli anni dal 2000 al 2013



Fonte: DAP-PRAP

In regione, nonostante che per la prima volta dopo molti anni non si siano registrati suicidi, rispetto agli anni precedenti, si registra un numero molto elevato di atti di autolesionismo e tentati suicidi. Infatti, nel 2012 sono stati registrati 67 tentati suicidi contro i 126 del 2013, sono aumentati esponenzialmente anche i casi di autolesionismo: 811 contro i 157 dell'anno precedente.

Tab. 18 Numero di suicidi in Regione e in Italia negli Istituti Penitenziari dal 2009 al 2013

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

Fonte: DAP-PRAP

Tab. 19 Autolesionismo e decessi in Regione negli Istituti Penitenziari nel 2013

Istituto	Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Decessi per cause naturali
PIACENZA	235	36	-
PARMA	102	17	2
PARMA	-	-	-
REGGIO NELL'EMILIA	28	14	4
REGGIO NELL'EMILIA	44	5	-
MODENA	108	26	-
CASTELFRANCO EMILIA	5	1	1
BOLOGNA	171	10	1
FERRARA	25	6	1

RAVENNA	7	1	-
FORLÌ	7	4	-
RIMINI	79	6	-
TOTALE	811	126	9

Fonte: DAP-PRAP

4. 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, queste, in ogni caso, 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.

Gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), sono stati istituiti con la legge di riforma penitenziaria n. 354 del 1975. Sono uffici periferici del Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, operano con il coordinamento dei Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e si occupano di persone che devono scontare una condanna penale, agiscono come nodi territoriali dei servizi della giustizia. Sono collocati quasi in tutt'Italia 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 sulla situazione familiare, sociale e lavorativa, prognosi di reinserimento delle persone condannate richiedenti una misura alternativa;
- 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** e la **detenzione domiciliare**.

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 alcooldipendenti).

Detenzione domiciliare: è stata introdotta dalla **Legge n. 663 del 10/10/1986**, di modifica dell'Ordinamento penitenziario. 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

¹⁵ Fonte DAP www.giustizia.it

¹⁶ Fonte DAP www.giustizia.it

essere ammessi i condannati con una pena (o un residuo di pena) inferiore ai due anni e, in caso di particolari necessità familiari, 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:

- 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.

In relazione alle pene alternative e alla recidiva, pur non essendoci studi recenti disponibili sulla recidiva a livello nazionale, 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

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.

intorno al 19% in caso di pena alternativa, mentre raggiunge il 68,4% quando la stessa viene eseguita in carcere.

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

Negli ultimi sei anni sono triplicate le misure alternativa alle detenzione, in particolare sono duplicati gli affidamenti in prova pervenuti nel periodo dal 2008 al 2013, mentre è addirittura quintuplicata la detenzione domiciliare.

Tab. 20 - Andamento misure alternative dal 2008 al 2013 (Italia)

ANNO	AFFIDAMENTO IN PROVA		SEMILIBERTÀ		DETENZIONE DOMICILIARE		TOTALI nell'anno
	pervenute nel periodo	totale nel periodo	pervenute nel periodo	totale nel periodo	pervenute nel periodo	totale nel periodo	
2008	5.952	8.816	816	1.522	3.407	4.983	15.321
2009	7.888	12.840	868	1.661	5.347	7.778	22.279
2010	10.256	17.032	1.008	1.851	9.066	12.539	31.422
2011	10.120	19.229	912	1.832	14.522	20.314	41.375
2012	10.902	20.152	826	1.714	16.598	24.112	45.978
2013	12.362	22.357	763	1.616	17.614	26.700	50.673

Fonte PRAP - UEPE

La percentuale di uomini e donne condannati in esecuzione penale esterna rimane costante negli anni e risulta di circa l'8%. Nel 2013 le donne sono state 4.067 l'anno prima 3.697.

Tab. 21 - Misure alternative ripartite per sesso- 2013- Dati nazionali.

TIPOLOGIA	Uomini	Donne	TOTALE
AFFIDAMENTO IN PROVA			
Condannati dallo stato di LIBERTÀ'	9.592	981	10.537
Condannati dallo stato di DETENZIONE	4.783	347	5.130
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di LIBERTÀ'	1.726	177	1.903
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di DETENZIONE	3.371	136	3.507
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI in MISURA PROVVISORIA	1.074	57	1.131
Condannati AFFETTI da AIDS	101	12	113
Totale	20.647	1.710	22.357
SEMILIBERTÀ'			
Condannati dallo stato di LIBERTÀ'	145	3	148
Condannati dallo stato di DETENZIONE	1.421	47	1.468
Totale	1.566	50	1.616
DETENZIONE DOMICILIARE			
Condannati dallo stato di LIBERTÀ'	8.073	925	8.998
Condannati dallo stato di DETENZIONE	10.738	847	11.585

Condannati in MISURA PROVVISORIA	5.485	503	5.988
Condannati AFFETTI da AIDS	86	9	95
Condannati MADRI/PADRI	11	23	34
Totale	24.393	2.307	26.700

Fonte: DAP-UEPE

La tabella n.22 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. 22 - Dati ripartiti per zone geografiche degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna
–Anno 2013 – Dati nazionali**

TIPOLOGIA	NORD	CENTRO	SUD	TOTALE
AFFIDAMENTO IN PROVA				
Condannati dallo stato di LIBERTA'	4.329	2.356	3.888	10.573
Condannati dallo stato di DETENZIONE	2.149	881	2.100	5.130
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di LIBERTA'	922	479	502	1.903
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di DETENZIONE	1.790	561	1.156	3.507
Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI in MISURA PROVVISORIA	708	145	278	1.131
Condannati AFFETTI da AIDS	47	35	31	113
Totale	9.945	4.457	7.955	22.357
SEMILIBERTA'				
Condannati dallo stato di LIBERTA'	31	20	97	148
Condannati dallo stato di DETENZIONE	423	305	740	1.468
Totale	454	325	837	1.616
DETENZIONE DOMICILIARE				
Condannati dallo stato di LIBERTA'	3.290	2.038	3.670	8.998
Condannati dallo stato di DETENZIONE	4.350	2.293	4.942	11.585
Condannati in MISURA PROVVISORIA	2.750	1.189	2.049	5.988
Condannati AFFETTI da AIDS	30	36	29	95
Condannate MADRI/PADRI	14	14	6	34
Totale	10.434	5.570	10.696	26.700

Fonte: DAP-UEPE

4.1 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.

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 (dicembre 2010) al 31.12.2013 sono state in tutta Italia 13.044, in Emilia-Romagna sono state 406, di questi il 49% è straniero e poco meno 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. 23 Numero detenuti usciti dagli istituti penitenziari per effetto della legge 199/2010 - aggiornamento al 31 dicembre 2013 dall'entrata in vigore (dicembre 2010)

Regione di detenzione	detenuti usciti ex L.199/2010		di cui stranieri	
	totale	donne	totale	donne
Abruzzo	491	30	79	3
Basilicata	71	10	7	2
Calabria	354	13	41	2
Campania	1101	90	76	13
Emilia Romagna	406	40	201	16
Friuli Venezia Giulia	179	14	51	3
Lazio	1218	51	360	30
Liguria	382	23	152	12
Lombardia	1890	175	815	112
Marche	161	5	40	
Molise	110		6	
Piemonte	1127	71	479	32
Puglia	980	42	78	12
Sardegna	622	31	170	16

Sicilia	1480	44	152	7
Toscana	1149	82	556	37
Trentino Alto Adige	166	16	60	5
Umbria	259	20	73	7
Valle d'Aosta	53		22	
Veneto	845	83	373	27
Totale nazionale	13.044	840	3.791	336

Fonte DAP

4.2 Misure alternative alla detenzione in Emilia-Romagna

Gli UEPE, nell'ambito regionale sono presenti con 5 uffici provinciali e 4 sedi di servizio.

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

Bologna ha tre sedi di servizio distaccate: a Forlì (per la Provincia di Forlì-Cesena) a Ravenna e a Rimini.

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

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.

Il trend in Emilia-Romagna si manifesta con l'aumento delle esecuzioni penali esterne. Dalle tabelle che seguono si evidenzia che, diversamente da quanto è accaduto nel 2012, i dati relativi alla detenzione domiciliare sono in aumento, 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 717 nel 2013 con un incremento di circa il 40% in 5 anni.

Da fonti ministeriali emerge che, in Emilia-Romagna, gli italiani sono i maggiori beneficiari delle misure alternative (74% nel 2013), fra gli stranieri la detenzione domiciliare rappresenta quasi i due terzi della modalità d'esecuzione penale esterna.

Tab. 24 Cittadini italiani, comunitari e non comunitari in esecuzione di Misure alternative, sostitutive e di sicurezza per Provincia alla data 31/12/2013.

Tipo di misura	Provenienza	Bologna	Ferrara	Forlì Cesena	Ravenna	Rimini	Modena	Reggio E.	Parma	Piacenza	Totali	% sul totale tipologia misura
----------------	-------------	---------	---------	-----------------	---------	--------	--------	-----------	-------	----------	--------	--

affidati in prova al servizio sociale art.47 l.354	italiani	72	35	28	25	40	32	36	32	17	317	70%
	comunitari	7	0	5	1	7	0	1	2	1	24	5%
	non comunitari	35	4	3	9	9	9	20	12	8	109	24%
affidati in prova tossicodipendenti art 94 t.u.309	italiani	51	12	14	23	78	10	12	18	15	233	86%
	comunitari	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	1%
	non comunitari	6	0	3	6	7	2	1	4	4	33	12%
totale affidati		171	52	53	65	142	54	70	68	45	720	
detenuti domiciliari art 47 l.354/75	italiani	62	34	21	30	43	31	32	34	13	300	61%
	comunitari	8	1	5	3	5	0	2	0	0	24	5%
	non comunitari	29	14	15	19	12	26	12	26	13	166	34%
totale det. domiciliari		99	49	41	52	60	57	46	60	26	490	
libertà vigilata	italiani	44	12	70	10	11	18	23	9	8	205	84%
	comunitari	1	0	2	0	0	1	0	0	0	4	2%
	non comunitari	7	11	5	1	1	2	3	1	3	34	14%
totale libertà vigilata		52	23	77	11	12	21	26	10	11	243	
lavori di pubblica utilità	italiani	38	4	29	65	5	9	3	3	30	186	85%
	comunitari	0	0	1	3	0	0	0	0	2	6	3%
	non comunitari	3	0	3	10	2	1	2	0	5	26	12%
totale lavori pubblica utilità		41	4	33	78	7	10	5	3	37	218	
totale											1671	
totale italiani		267	97	162	153	177	100	106	96	83	1241	74%
totale comunitari		16	2	13	8	13	2	3	2	3	62	4%
totale non comunitari		80	29	29	45	31	40	38	43	33	368	22%

Fonte: PRAP - UEPE

Inoltre, nel 2013, 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.

Tab. 25 Andamento misure alternative dal 2008 al 2013 (Emilia-Romagna)

Anno	Affidati in prova al servizio	Affidati in prova al servizio sociale	detenuti domiciliari art.47 ter L.354/75 ed	Liberi Vigilati art.55 L.354/75	Lavoro di pubblica utilità	Libertà controllata	totali
------	-------------------------------------	---	---	------------------------------------	----------------------------------	------------------------	--------

	sociale ex art.47 L.354/75	tossicodipend enti ex art.94 T.U.309/90	ex art.645 comma 10 c.p.			
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

Fonte PRAP – Elaborazione RER - SPA

**Tab.26 Misure Alternative, Sostitutive e Misura di Sicurezza della libertà vigilata
Anno 2011-2012 -2013 - PRAP Emilia Romagna.**

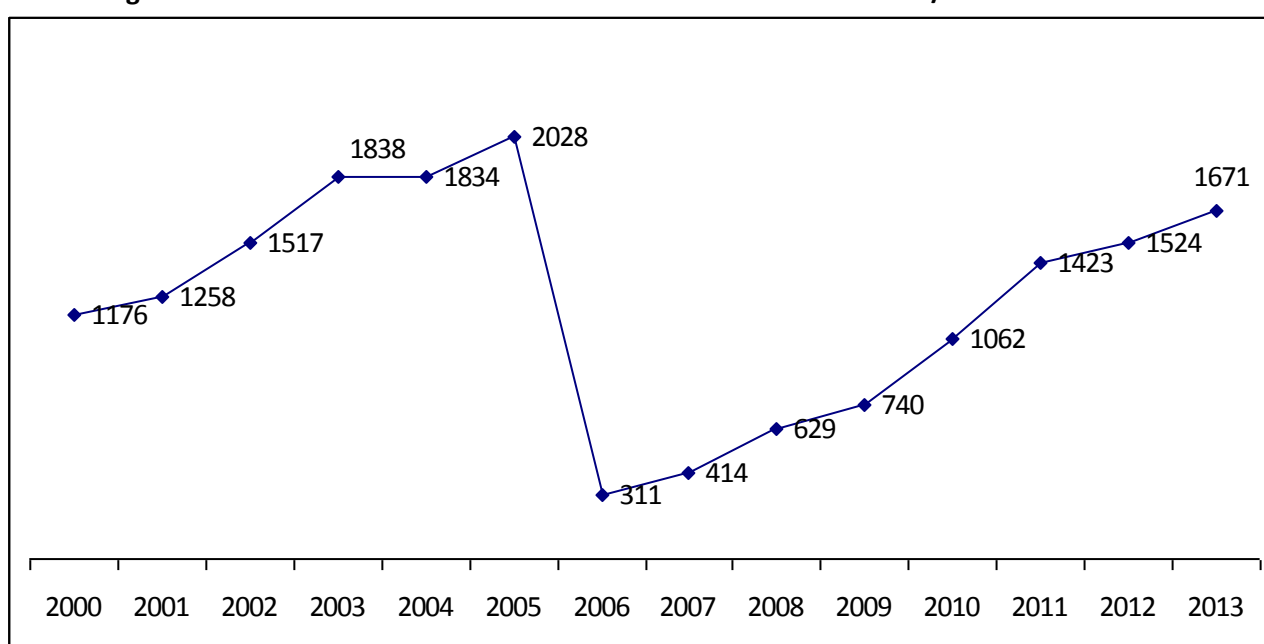
		2011		2012		2013	
tipologia incarico		In esecuzione	In corso al 31.12	In esecuzione	In corso al 31.12	In esecuzione	In corso al 31.12
affidamento in prova al servizio sociale	AFFIDAMENTI ORDINARI	717	381	769	402	971	450
	AFFIDAMENTI TERAPEUTICI	489	256	530	266	563	267
	condannati affetti da aids dallo stato di libertà	0	0	0	0	0	0
	condannati affetti da aids dallo stato di detenzione	3	3	4	3	10	2
	subtotale	1.209	640	1.303	671	1.544	719
semilibertà	condannati dallo stato di libertà	2	1	1	1	3	2
	condannati dallo stato di detenzione	64	32	58	34	62	36
	subtotale	66	33	59	35	65	38
detenzione domiciliare	condannati dallo stato di libertà	186	88	201	73	294	96
	condannati dallo stato di detenzione	461	210	507	193	551	200
	condannati in misura provvisoria	645	230	605	181	537	193
	condannati affetti da aids dallo stato di libertà	1	0	0	0	0	0
	condannati affetti da aids dallo stato di detenzione	4	3	3	2	3	2
	condannate madri/padri dallo stato di libertà	3	1	0	0	2	1
	condannate madri/padri dallo stato di detenzione	0	0	0	0	1	1
	subtotale	1.300	532	1.316	449	1.388	493
libertà vigilata	libertà vigilata	292	228	318	236	347	241
	subtotale	292	228	318	236	347	241
sanzioni sostitutive	semidetenzione	1	0	0	0	1	0
	libertà controllata	6	3	8	2	6	3
	subtotale	7	3	8	2	7	3
altre misure	altre misure	105	57	441	200	625	261
	subtotale	105	57	441	200	625	261

FONTE: PRAP-UEPE

La tabella n.26 offre un dettaglio delle misure alternative, sostitutive e di sicurezza della libertà vigilata dal 2011 al 2013, evidenziando un costante aumento degli affidamenti in prova al servizio sociale, ed un aumento della voce “altre misure”, nella quale si ritrova il lavoro di pubblica utilità che ha coinvolto in tre anni un poco meno di 600 persone, 217 nel 2013.

La figura n.13 raccoglie il dato complessivo delle misure alternative, ed evidenzia l'andamento di crescita costante dell'area penale esterna in ambito regionale. Si evidenzia che in poco più di un decennio le misure alternative hanno avuto un aumento significativo, tolto unicamente l'anno 2006 in cui si è data applicazione all'indulto, a seguito del quale non è avvenuta una immediata ripresa in quanto sono subentrate norme che per un po' di tempo hanno comunque limitato l'accesso alle misure alternative. Come ad esempio la legge nota come "Cirielli" che ha penalizzato le recidive (colpendo così in modo particolare i tossicodipendenti), e l'indurimento delle normative nei confronti degli immigrati privi di permesso di soggiorno.

Fig. 13 Andamento delle misure alternative e di sicurezza in ER al 31/12 dal 2000 al 2013



Fonte: PRAP-UEPE

La tabella n.27, illustra la distribuzione delle misure alternative nel territorio della regione Emilia Romagna distinguendo, sulla base del luogo di esecuzione della pena, il livello provinciale.

Tab. 27- Misure alternative, di sicurezza e sostitutive per provincia al 31.12.2013

	Bologna	Ferrara	Forlì-Cesena	Ravenna	Rimini	Modena	Reggio Emilia	Parma	Piacenza	Totale
affidati in prova al servizio sociale art.47 l.354	114	49	35	26	59	44	54	48	31	460
affidati in prova tossicodipendenti art 94 t.u.309	52	14	20	25	82	10	14	21	17	255
detenuti domiciliari art 47 l.354/75	107	63	35	45	59	52	52	63	31	507
semilibertà	5	2	1	1	5	4	7	8	1	34

libertà vigilata	42	21	81	13	15	24	23	10	10	239
lavoro di pubblica utilità	43	4	47	126	7	6	4	2	46	285
Libertà controllata	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3

Fonte PRAP –Elaborazione RER -SPA

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, tuttavia, 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.

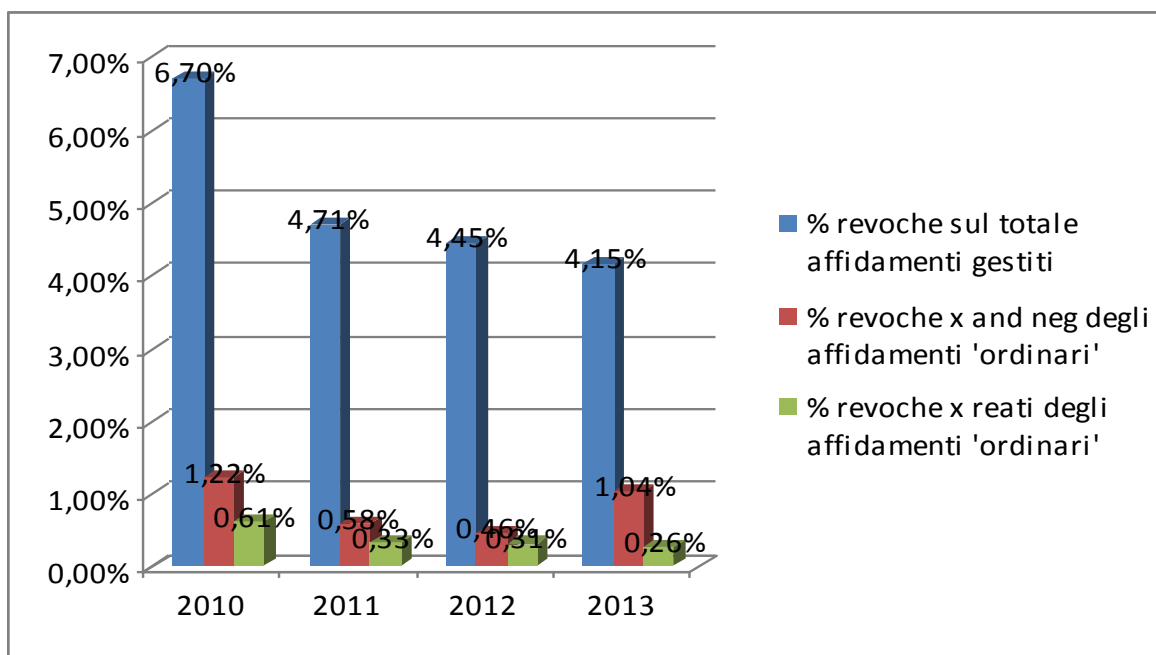
In Provincia di Forlì, invece, si rileva una presenza di liberi vigilati di gran lunga superiore alla media regionale. Questo dato è determinato dalla presenza di strutture di accoglienza per persone provenienti dall’OPG. Queste case, nate da accordi fra Regione Emilia-Romagna e Provveditorato dell’Amministrazione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

4.3 Revoche delle misure alternative alla detenzione

A fronte dell’incremento delle esecuzioni penali esterne si rileva una diminuzione delle revoche passate dal 6,7% nel 2010 al 4,15% nel 2013. In particolare, risulta in quattro anni, un decremento nelle revoche per commissioni di reati durante l’applicazione della misura, così come le revoche per andamento negativo.

Il buon andamento delle misure può essere riferibile oltre che ad una maggiore azione di supervisione e di accompagnamento, anche al mantenimento della rete di collaborazione con le realtà locali pubbliche e del privato sociale. Queste collaborazioni hanno favorito l’inserimento in percorsi e progetti di inclusione sociale quali tirocini formativi, attività di volontariato e percorsi risocializzanti.

Fig. 14 Composizione % revoche di affidamento ordinario andamento dal 2010 al 2013



Fonte: PRAP - UEPE

4.4 Misure di sicurezza

Le misure di sicurezza¹⁸ 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, il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

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

Nell'OPG e nella Casa di Lavoro affluiscono persone da ogni parte d'Italia.

L'OPG di Reggio Emilia è uno dei sei presenti in Italia; la sua chiusura è ora rinviata a marzo 2015.

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 sperimento" (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.

¹⁸ Cfr. giustizia.it

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, di 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 n.28 riporta i dati del 2012 e del 2013, 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. 28 Liberi vigilati divisi per provincia-31.12.degl anni 22012 e 2013

LIBERI VIGILATI: in esecuzione negli anni 2012 e 2013 d										
	BO	FE	FC	RA	RN	MO	RE	PR	PC	total i
Totali 2013	52	23	77	11	12	21	26	10	11	243
Totali 2012	38	14	71	18	18	16	23	13	9	220

Fonte: PRAP - UEPE

5. Giustizia Minorile in Emilia-Romagna

La giustizia minorile in Emilia-Romagna è organizzata attraverso diverse istituzioni che hanno funzioni e competenze articolate.

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 e successivamente, in serie storiche per ciascun Servizio Minorile.

Tab. 29 Minori utenti del Centro Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna con dettaglio per cittadinanza e sesso nel 2013

	Totale	di cui		di cui	
		Italiani	Stranieri	Maschi	Femmine
Centro Prima Accoglienza (CPA) di Bologna	58	50	8	24	34
Istituto Penale Minorenni di Bologna	109	109	0	29	80
Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM) di Bologna *	1.068	951	118	630	438
Soggetti segnalati dall'A.G. all'USSM *	1.301	1.093	208	768	533
Comunità Ministeriale di Bologna	43	43	0	25	18
Comunità Private	123	112	11	48	75
Totale	2.702	2.357	345	1.524	1.178

* già conosciuti e non conosciuti

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

Fig. 15 Composizione % dei minori utenti del CGM per l'Emilia-Romagna per sesso

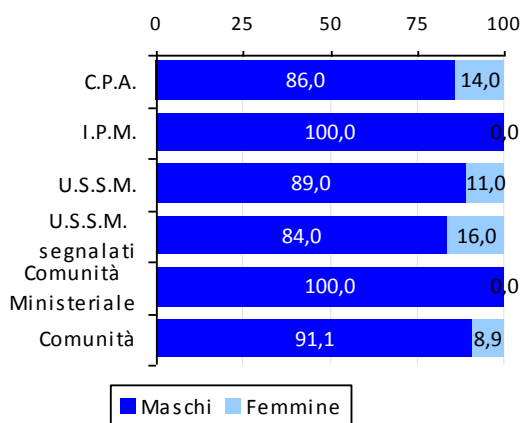
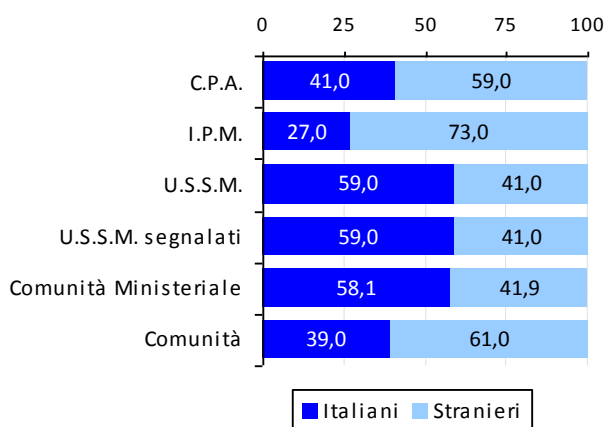


Fig. 16 Composizione % dei minori utenti del CGM per l'Emilia-Romagna per cittadinanza



*elaborazione su dati SISM provvisori

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

5.1 CPA (Centro di Prima Accoglienza)

Il C.P.A. 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 da applicare. Il C.P.A. assicura accoglienza, informazione, sostegno e chiarificazione 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.

Nell'intervallo di tempo considerato, il CPA di Bologna ha registrato un calo degli ingressi: dai 141 ingressi del 2008 si è passati ai 69 del 2010, per poi risalire negli anni 2011 e 2012. Il 2013 registra il dato più basso raccolto nel periodo preso in esame, pari a 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 infatti interessato in particolare l'utenza di cittadinanza straniera, che dal 58% di incidenza sul totale degli ingressi osservati nel 2008 si è progressivamente ridotto ad una quota del 48% nel 2010, con una ripresa nel periodo successivo. Nel 2013 la quota di ingressi da parte di minori stranieri si riporta su livelli iniziali del periodo considerato, con una quota pari al 59% dei nuovi accessi.

Fig. 17 Ingressi al Centro di Prima Accoglienza di Bologna (accompagnati, arrestati, fermati) dal 2008 al 2013 *

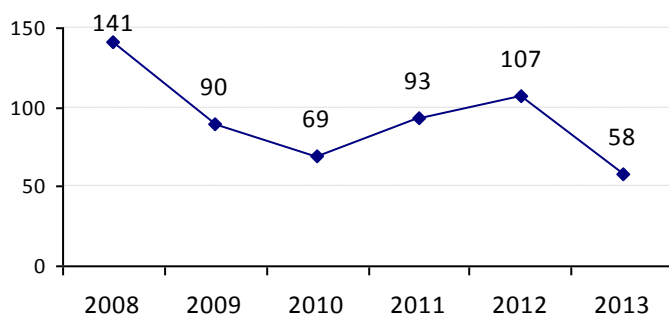
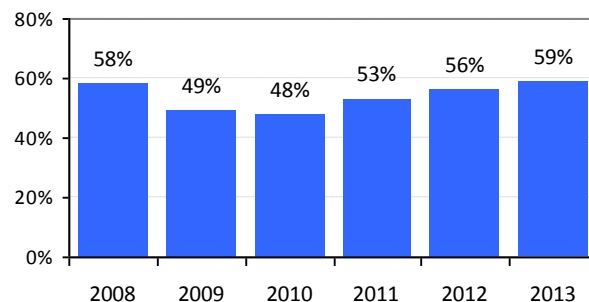


Fig. 18 Composizione % stranieri sul totale degli ingressi al Centro di Prima Accoglienza di Bologna dal 2008 al 2013 *



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

Soffermendosi ulteriormente sulle caratteristiche dell'utenza che ha fatto ingresso nel 2013 nel Centro di Prima Accoglienza, si osserva che questa si è caratterizzata per essere quasi esclusivamente di sesso maschile (86%).

E' inoltre interessante approfondire la conoscenza dell'utenza accolta dal CPA in termini di singole nazionalità cui appartengono ragazzi e ragazze di cittadinanza straniera, benché tale utenza sia ampiamente frazionata in molti Paesi con numerosità contenute. Al numero di nuovi ingressi di italiani, seguono nel 2013 croati (7 unità), albanesi (5), tunisini e romeni (3). Sia i romeni che i tunisini subiscono una forte contrazione rispetto all'anno precedente, mentre non appaiono tra quelli più rappresentati i marocchini (11 nel 2012).

Tab. 30 Prime 5 nazionalità degli ingressi nel Centro di Prima Accoglienza di Bologna (accompagnati, arrestati, fermati) nel 2012 e nel 2013 *. Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

2012			2013		
Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi	Nazionalità	v.a.	% sul totale ingressi
Italia	47	44%	Italia	24	41%
Romania	12	11%	Croazia	7	12%
Marocco	11	10%	Albania	5	9%
Tunisia	9	8%	Tunisia	3	5%
Bosnia - Erzegovina	5	5%	Romania	3	5%

** Compresa Italia. Elaborazione 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 (88%). Tra queste, una quota importante riguarda le misure meno "afflittive"¹⁹ (collocamento in comunità, 40% e permanenza in casa, 24%), mentre il ricorso alla custodia cautelare rappresenta poco più di un quarto dei motivi di uscita (28%). Una quota contenuta, e quasi costante negli ultimi due anni, (12% nel 2013) è stata rimessa in libertà. Tale risultato è sostanzialmente confermato tra il 2012 ed il 2013, ad eccezione di una lieve riduzione della misura di permanenza a casa a fronte di un lieve aumento della custodia cautelare.

¹⁹ CGM di Bologna "Analisi dei flussi di utenza nei Servizi della Giustizia Minorile di Bologna", documento non pubblicato

Tab. 31 Motivi di uscita dal Centro di Prima Accoglienza di Bologna negli anni 2012 e 2013 *

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

** elaborazione su dati SISIM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

5. 2 IPM (Istituto penale minorile)

L'I.P.M. di Bologna "Pietro Siciliani" è una struttura carceraria 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 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 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 ed 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 ed attività/interventi.

Nel corso del tempo l'IPM ha registrato una progressiva riduzione degli ingressi, particolarmente significativa nel biennio 2010-2011. Tuttavia negli ultimi due anni si osserva un incremento che

riporta il numero degli ingressi ai livelli registrati nel 2009, sono 103 nel 2012, 109 nel 2013. Il dato è in controtendenza con la presenza media giornaliera (circa 20 minori accolti), analoga al calo che si riscontra negli Istituti Penali per i Minorenni di tutta Italia ²⁰.

Tali fluttuazioni hanno coinciso con l'andamento della composizione dell'utenza rispetto alla cittadinanza: il decremento 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, per poi risalire ai valori iniziali della serie (78% nel 2012, 73% nel 2013).

Fig. 19 Ingressi all'IPM di Bologna dal 2008 al 2013 *

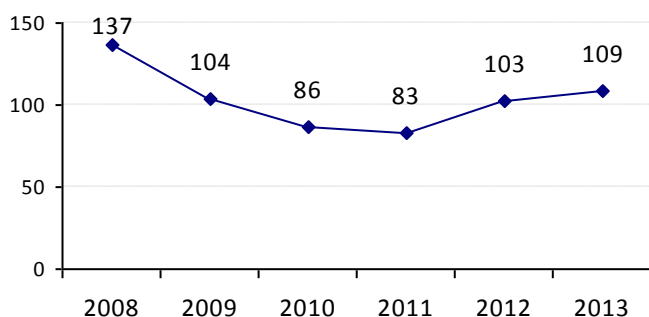
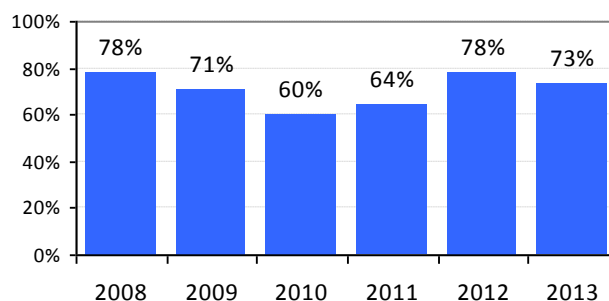


Fig. 20 Composizione % stranieri sul totale degli ingressi all'IPM di Bologna dal 2008 al 2013 *



**elaborazione 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 - per entrambe le annualità - alcuni Paesi del Maghreb (Tunisia 23% nel 2013; Marocco 13%). Tra i Paesi di provenienza più rilevanti del biennio appare inoltre la Romania (7% nel 2013), seguita da nazionalità con numerosità molto ridotte, ciascuna pari o al di sotto delle 5 unità annue.

²⁰ CGM di Bologna "Analisi dei flussi di utenza nei Servizi della Giustizia Minorile di Bologna", documento non pubblicato

Tab. 32 Prime 5 nazionalità degli ingressi all'IPM di Bologna nel 2012 e nel 2013 *.
Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

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

** Compresa Italia. Elaborazione su dati SISM provvisori*

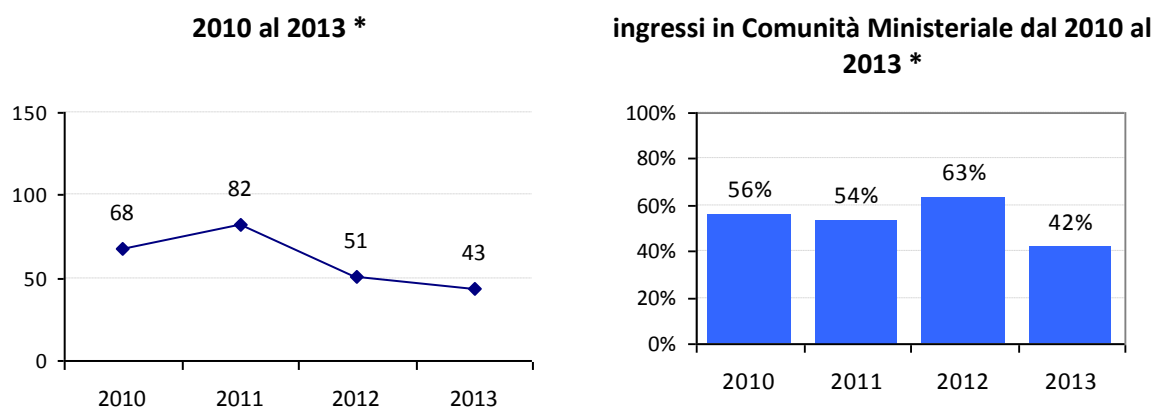
Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

5.3 Comunità Ministeriale

La comunità ministeriale di Bologna, denominata “La Compagnia dei Celestini”, è una struttura residenziale. 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 di ingressi nella Comunità Ministeriale di Bologna evidenzia un flusso di utenza che, negli ultimi quattro anni, è variato da un massimo di 82 soggetti nel 2009 ad un minimo di 43 nel 2013. Tale flusso è caratterizzato da discontinuità anche sotto l’aspetto della presenza media giornaliera, tendenzialmente in calo negli anni, che raggiunge nell’ultimo anno le 5,4 unità.

Tale andamento trova conferma in entrambe le componenti, italiana e straniera, con un decremento numerico 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.

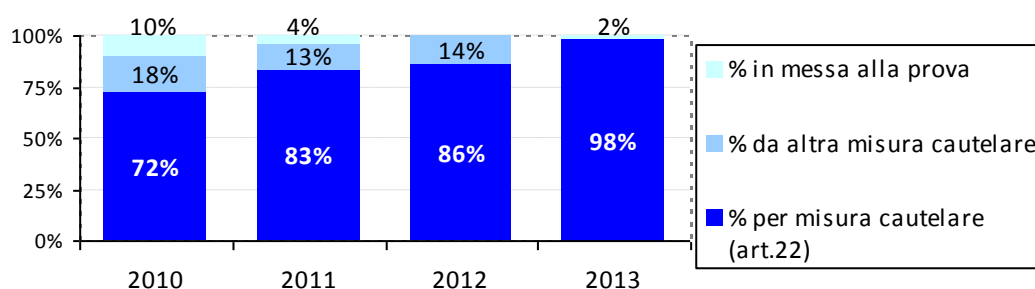


**elaborazione su dati SISM provvisori*
Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Un'ampia maggioranza dei giovani accede a una comunità pubblica per applicazione di una misura cautelare del collocamento in comunità (art.22 del D.P.R. 448/88), in linea con le direttive dal CGM e con il Progetto educativo della Comunità ²¹. Nel 2013 tale esito raggiunge il 98% del totale degli ingressi, con una componente residua degli ingressi per messa alla prova secondo l'art.28 D.P.R.448/88 (2%, erano il 10% nel 2010). Scompaiono invece le altre misure cautelari, che costituivano il 18% nel 2010.

²¹ CGM di Bologna "Analisi dei flussi di utenza nei Servizi della Giustizia Minorile di Bologna", documento non pubblicato

Fig. 23 Composizione % degli ingressi in Comunità Ministeriale per misura cautelare dal 2010 al 2013 *



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

Dall'esame degli ingressi di giovani di cittadinanza straniera nel 2013, emerge che sono particolarmente rappresentati quelli provenienti dai Paesi dell'Africa settentrionale. Tra essi i tunisini (23% nel 2013; 27% nel 2012), che sono numericamente più rilevanti degli italiani, ed i marocchini (13% nel 2013). Significativa è anche la presenza di ingressi di giovani provenienti dall'area dell'Europa dell'Est (Romania 7%, Moldavia 5%).

Tab. 33 Prime 5 nazionalità degli ingressi in Comunità Ministeriale nel 2012 e nel 2013 *.
Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

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

** Compresa Italia. Elaborazione su dati SISM provvisori
Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna*

5.4 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 residenziale (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 2013 si registrano 123 ingressi in comunità private, di cui 11 femmine (9%) e 75 cittadini stranieri (60%). Il valore attuale rappresenta una prima diminuzione del fenomeno, successiva ad una tendenza crescente negli anni dal 2010 in avanti. Al suo interno, anche la componente straniera è in crescita rispetto al biennio 2010-2011, mantenendosi al di sopra del 60% dal 2012.

Fig. 24 Ingressi nelle Comunità private dal 2010 al 2013 *

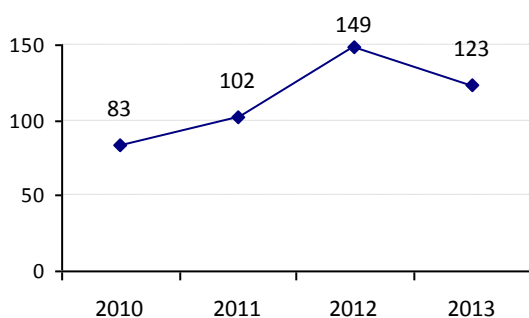
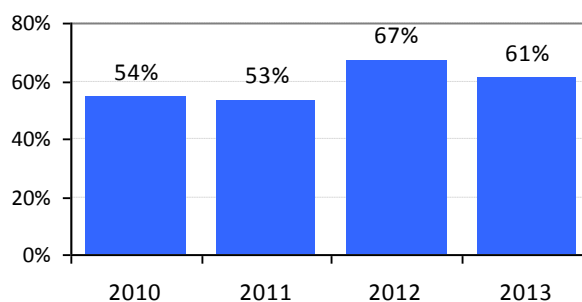


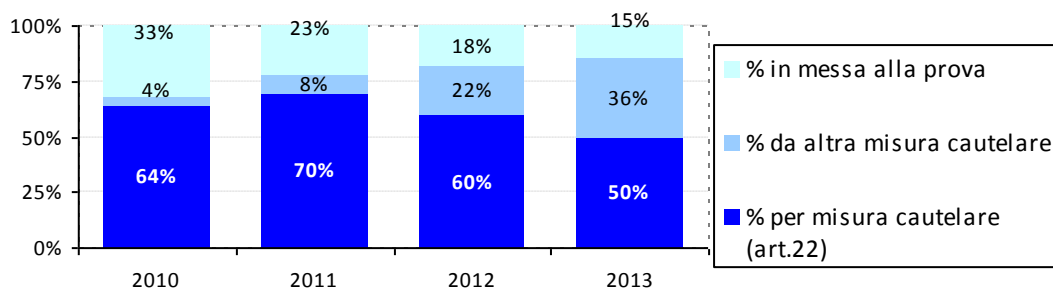
Fig. 25 Composizione % stranieri sul totale degli ingressi nelle Comunità private dal 2010 al 2013 *



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

La composizione dell'accesso alle Comunità private distinta per tipo di misura cautelare si è modificata in particolare negli ultimi due anni, nei quali aumenta l'importanza degli ingressi a seguito di misura cautelare diversa da art.22 (dal 4% del 2010 passa al 36% del 2013) rispetto alle altre componenti. La messa in prova si riduce, infatti, da un terzo del totale nel 2010 al 15% nel 2013, e la misura cautelare art.22 diminuisce da un valore massimo del 70% nel 2011 al 50% nel 2013.

Fig. 26 Composizione % degli ingressi nelle Comunità private per misura cautelare dal 2010 al 2013 *



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

Tra le nazionalità più rappresentate nelle Comunità private, seguono gli italiani alcuni Paesi dell'Africa settentrionale (Marocco 15% del totale nel 2013, Tunisia 13%) ed alcune comunità dell'Est europeo (Albania 7% e Romania 4%).

Tab. 34 Prime 5 nazionalità degli ingressi nelle Comunità Private nel 2012 e nel 2013 *.
Valori assoluti e % sul totale degli ingressi

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

** Compresa Italia. Elaborazione su dati SISM provvisori
Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna*

5.5 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 di 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.

Nel biennio 2012-2013 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 ²², ammontare in crescita rispetto al biennio precedente.

La gran parte di essi non risulta già conosciuta dal Servizio (88% nel 2013), indicatore lievemente più basso degli anni precedenti al 2010. Rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche, i soggetti segnalati sono prevalentemente di sesso maschile (84%) e presentano una rilevante quota di cittadinanza non italiana (41%).

²² 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.

Tab. 35 Soggetti segnalati all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna negli anni dal 2008 al 2013 *. Valori assoluti, % nuovi, % femmine e % stranieri sul totale degli ingressi

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Numero segnalati	786	1.909	1.033	1.098	1.369	1.301
% nuovi	93%	87%	93%	88%	89%	88%
% femmine	14%	14%	17%	15%	17%	16%
% stranieri	42%	37%	36%	34%	37%	41%

**elaborazione su dati SISM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

L'USSM di Bologna nel 2013 ha avuto in carico 1.068 soggetti, dei quali il 32% era nuovo (cioè mai conosciuto dal Servizio). Questo è l'ammontare più elevato dal 2008, e rappresenta il risultato di un incremento costante e consistente in atto ormai dal 2010.

E' interessante notare come questo andamento non sia condizionato dalla componente straniera, che si riduce da valori molto al di sopra del 50% precedenti al 2010, a quote in costante calo ed inferiori al 40% nel periodo successivo. La percentuale di utenza femminile è invece ridotta e sostanzialmente costante (11% nel 2013).

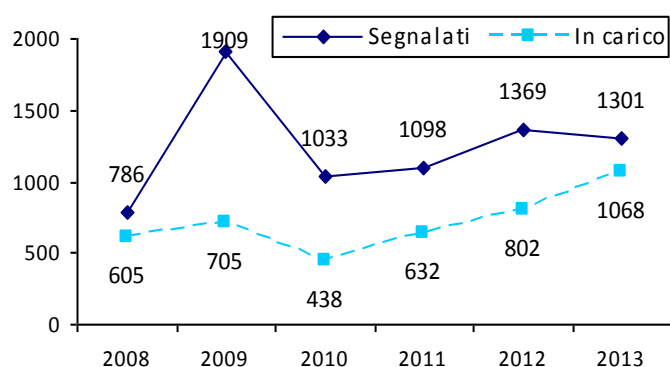
Tab. 36 Soggetti in carico all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna negli anni dal 2008 al 2013 *. Valori assoluti, % nuovi, % femmine e % stranieri sul totale dei soggetti in carico

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Numero soggetti in carico	605	705	438	632	802	1.068
% nuovi	55%	59%	56%	38%	37%	32%
% femmine	7%	10%	8%	8%	9%	11%
% stranieri	44%	38%	39%	38%	39%	41%

**elaborazione su dati SISM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

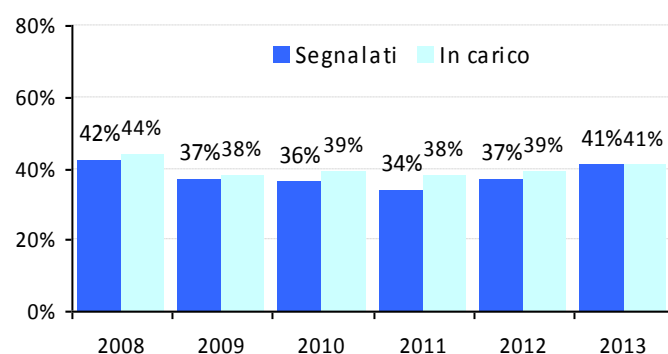
Fig. 27 Soggetti in carico all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2008 al 2013 *



**elaborazione su dati SISM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

Fig. 28 Composizione % stranieri sul totale dei soggetti in carico all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna dal 2008 al 2013 *



A fronte di un'utenza in prevalenza italiana (59% nel 2013), tra i minori in carico all'USSM di Bologna si trovano comunità numericamente rilevanti quali quella marocchina (11%) e tunisina (5%) e, per l'Est-Europeo, di Romania e Albania (4% ciascuna).

Tab. 37 Prime 5 nazionalità dei soggetti in carico all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna nel 2012 e nel 2013 *. Valori assoluti e % sul totale dei soggetti in carico

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

** Compresa Italia. Elaborazione su dati SISM provvisori*

Fonte: CIS - Centro per la Giustizia Minorile di Bologna

L'USSM di Bologna ha svolto 2.995 interventi su bambini e ragazzi in carico nel 2013, di questi 1202 sono ancora in corso al 31.12.2013 e riguardano 692 bambini e ragazzi.

Tab. 38 Interventi svolti dall'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna nel 2013

	v.a.	%
Interventi svolti nel 2013	1.793	60%
Interventi ancora in corso al 31.12.2013 *	1.202	40%
Totale interventi nel 2013	2.995	100%
Fascicoli archiviati nel 2013	412	

Fonte: USSM di Bologna, dati provvisori

Più in dettaglio, dei 1202 interventi, 878 coinvolgono 481 bambini e ragazzi in carico e sono interventi ancora attivi al 31.12, mentre 324 interventi sono sospesi o sono misure ancora da eseguire e riguardano 211 minori.

Tab. 39 Interventi dell'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Bologna di Bologna in corso al 31.12.2013

	Interventi		Minori	
	v.a.	%	v.a.	%
Su minori attivi al 31.12	878	73%	481	70%
Su minori sospesi o misure da eseguire	324	27%	211	30%
Totale interventi in corso al 31.12.2013	1.202	100%	692	100%

Fonte: USSM di Bologna, dati provvisori

In merito alle tipologie di intervento, classificate 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, 310 interventi nel 2013). Seguono interventi per l'applicazione di misure cautelari: collocamento in comunità (138 interventi), permanenza in casa (72), custodia cautelare (49), prescrizioni e aggravamenti (29 ciascuno). Vi sono inoltre gli interventi per minori in esecuzione di pena (35) e quelli per minori in carico a seguito dell'applicazione di misure alternative alla detenzione (affidamento in prova, 24; detenzione domiciliare, 11; libertà controllata, 10).

Numerose attività vengono infine svolte nell'ambito degli interventi dell'USSM (2.288 nel 2013), che comprendono relazioni integrative per la messa alla prova (cfr. art.9 DPR 448/98) per il PM, e relazioni al GIP per le udienze fissate.

Tab. 40 Interventi svolti dall'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM) di Bologna nel 2013 e interventi svolti dall'USSM di Bologna ancora in corso al 31.12.2013

	Totale nell'anno 2013	di cui in corso al 31.12.2013
Totale	2.995	1.202
Messa alla prova (MaP; art. 28 - DPR 448/1998)	310	166
Prescrizioni (art. 20 - DPR 448/1998)	29	1
Permanenza in casa (art. 21 - DPR 448/1998)	72	10
Collocamento in comunità (art. 22 - DPR 448/1998)	138	28
Custodia cautelare (art. 23 - DPR 448/1998)	49	6
Aggravamento (art. 23 - DPR 448/1998)	29	1
Esecuzione di pena	35	10
Affidamento in prova (ai Servizi Sociali; art. 47 L.354/1975)	24	7
Detenzione Domiciliare	11	2
Libertà controllata	10	3
Relazioni integrative MaP + art.9 per PM + relazioni al GIP + relazioni udienze fissate	2.288	968

Fonte: USSM di Bologna, dati provvisori

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

6. Attività di coordinamento tra Regione e Provveditorato dell'Amministrazione

Penitenziaria per gli interventi in area penale.

Nell'ottobre 2012 i Provveditori regionali sono stati chiamati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria a presentare un'ipotesi di riorganizzazione dei circuiti penitenziari²³. 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.

La riforma dei circuiti penitenziari è andata ad incrociarsi con due circostanze che hanno determinato la necessità e l'urgenza di un lavoro di stretta collaborazione tra il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) e la Regione Emilia-Romagna: la sentenza definitiva della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e la firma del nuovo Protocollo d'intesa.

La Grande Camera della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (C.E.D.U.), il 27 maggio 2013, ha condannato definitivamente lo Stato Italiano per comportamento inumano e degradante relativamente alle condizioni detentive.

A seguito di questo provvedimento, noto come "sentenza Torreggiani"²⁴, il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria ha prodotto un documento avente per oggetto l'umanizzazione della pena. L'atto, consultabile integralmente in allegato²⁵, 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-Romagna²⁶ (Protocollo operativo/integrativo).

Il Protocollo operativo/integrativo del Protocollo d'Intesa del 1998, 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.

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;

²³ Allegato n.1

²⁴ Torreggiani e altri vs Italia, ricorsi nn.43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10

²⁵ Vedi allegato n.2

²⁶ 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

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.

Gli stranieri. Sono necessarie, vista l'alta incidenza di cittadini stranieri all'interno degli istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, misure specifiche, in particolare rispetto all'apprendimento della lingua italiana e alla 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.

Formazione professionale e lavoro. La formazione professionale e l'attività lavorativa 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.

Misure alternative alla detenzione e reinserimento. I firmatari del protocollo 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.

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.

Inoltre 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 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 5 giugno 2014 Consiglio d'Europa riconosce all'Italia l'impegno per le azioni avviate dal governo per risolvere il problema del sovraffollamento. Una nuova valutazione sulla situazione degli istituti di pena italiani sarà effettuata nel giugno del 2015.

Anticipando alcuni dati relativi al 2014 è possibile affermare la Regione Emilia-Romagna ha contribuito a raggiungere questo risultato. La percentuale di sovraffollamento nelle carceri della regione, infatti, è passata dal 167,% del 2011 al 115% dei primi mesi del 2014.

Un risultato ottenuto grazie ad una proficua azione sinergica e concertata tra i diversi soggetti coinvolti, anche in attuazione del Protocollo operativo/integrativo.

Questo Protocollo, infatti, impegna la Regione e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria a realizzare una programmazione comune che sarà oggetto di confronto nell'ambito della Commissione regionale Area Penale Adulti e che coinvolge, a livello regionale, gli Enti locali, le associazioni di categoria, l'associazionismo e il terzo settore. I Comitati Locali per l'area dell'esecuzione penale rappresentano, invece, come già previsto dal Protocollo del '98, l'organo di confronto a livello territoriale.

7. Politiche regionali per l'esecuzione penale in Emilia-Romagna nell'anno 2013 in ambito sociale

La Regione Emilia Romagna, nell'ambito della programmazione delle politiche sociali, sostiene le carceri regionali attraverso l'assegnazione di contributi ai Comuni sede di carcere a seguito di specifica progettazione nell'ambito dei Piani di Zona.

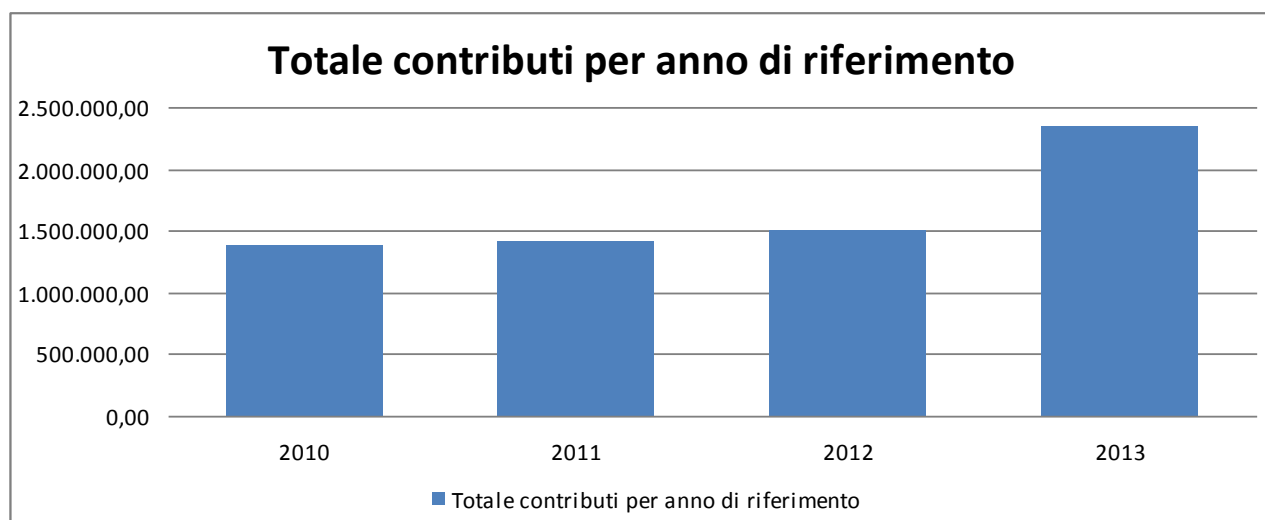
I progetti sono oggetto di confronto e discussione all'interno del tessuto istituzionale territoriale e del terzo settore attraverso i Comitati Locali per l'Area Penale ai sensi della Legge regionale n. 2 del 2003.

Tab. 41 Contributi in area penale adulti secondo per fonte di finanziamento negli 2010-2013

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	182.023,53	76.117,00	455.793,75	2.351.780,08

Negli ultimi quattro anni, come si evince dalla tabella n.41 e dalla figura n.29, 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 6,5 milioni di euro.

Fig. 29 Contributi in area penale adulti negli 2010-2013 (in mln di euro)



Si evidenzia che, anche se dal 2010 le risorse regionali e comunali sono diminuite, nel 2013 sono duplicate le risorse del Fondo sociale europeo e, grazie alla nascita di nuove collaborazioni, è stato possibile contare su risorse nuove. Infatti, 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 dell'azione accoglienza del Progetto A.C.E.R.O., di cui si darà conto nelle prossime pagine.

7.1 Programma Carcere sull'Esecuzione Penale regionale

Nel 2013 l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali ha confermato i contributi assegnati l'anno precedente per un totale di €345.000,00²⁷ per la realizzazione di tre macro-interventi: sportello informativo, miglioramento delle condizioni di vita in carcere e interventi miranti al reinserimento lavorativo e abitativo. Le prime due azioni hanno come destinatari diretti i detenuti degli Istituti Penitenziari, la terza azione è destinata ai detenuti in esecuzione penale esterna.

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 curati dalle province, sportelli di ascolto

²⁷ Determinazione n.10973 del 9/9/2013 e n.3392 del 14/11/2013

curati da associazioni di volontariato, sportelli informativi curati dal privato sociale e sportelli di mediatori/mediatrici sanitari.

Il miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti avviene attraverso l'intervento degli Enti Locali che propongono attività di inserimento socio-educativo e lavorativo, nonché attività culturali e ricreative all'interno delle carceri. In particolare vengono attivati strumenti di comunicazione ed informazione specifica dentro il carcere per meglio costruire valide ipotesi d'inserimento lavorativo con il coinvolgimento dei centri per l'impiego e il supporto di Sportelli lavoro. All'interno degli Istituti Penitenziari vengono inoltre attivati corsi di formazione, tirocini e inserimenti lavorativi anche con i contributi del Fondo Sociale Europeo.

Una particolare attenzione è stata posta sugli aspetti relazionali e sul tema della genitorialità, e sono stati attivati dei progetti per i detenuti con il contributo e la partecipazione del volontariato carcerario. Ad esempio attraverso il Progetto Cittadini Sempre. Altrettanto rilevanti sono le attività culturali, ricreative e sportive, in particolare la Regione sostiene un progetto gestito dal Coordinamento Teatro Carcere Emilia Romagna, denominato "Stanze di Teatro Carcere". Di questi progetti daremo una più dettagliata informazione nelle pagine che seguono.

Il reinserimento sociale, l'accompagnamento al lavoro e l'accoglienza abitativa delle persone coinvolte in area penale esterna coinvolge le Organizzazioni sindacali, il Terzo settore, le Associazioni di Volontariato e altre forme di associazionismo, al fine di costruire una rete di contatti sociali che non lascino la persona sola in uno stato di emarginazione e di vulnerabilità al momento delle dimissioni. Infatti, un dato incontrovertibile è rappresentato dal fatto che un soggetto preparato alla vita esterna ha una percentuale di recidiva molto inferiore rispetto all'ex-detenuto che si deve ricostituire una vita da solo. Dal 2013 queste finalità si perseguono attraverso il progetto AC.E.RO.

Il 70% delle risorse del Programma Carcere 2013, come da delibera di Giunta Regionale n. 855/2013, è stato destinato alle prime due azioni, 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 dei Comuni sede di Carcere nella misura del 30% delle quote loro destinate.

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 specifiche²⁸.

Nel 2013 il **Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza** della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito delle competenze dei diversi soggetti che operano della giustizia minorile, ha proseguito il percorso di collaborazione finalizzato alla definizione di prassi e procedure comuni sul versante dell'assistenza, del recupero e del reinserimento sociale dei minorenni provenienti dal circuito penale.

Gli ambiti di confronto più rilevanti sono partiti dall'esigenza di:

- assicurare la valenza educativa che anche un evento penale deve garantire;
- promuovere la territorializzazione degli interventi;
- ricorrere alla detenzione in misura sempre più residuale;
- favorire la complementarità tra gli Enti e i Servizi interessati.

Tra gli interventi svolti annualmente allo scopo di promuovere condizioni per la realizzazione della funzione educativa della misura penale, con D.G.R. n. 1941/2013 e D.G.R. n. 1943/2013, è stato sostenuto anche nel 2013 il progetto "Dialoghi sull'ascolto", attraverso cui sono stati realizzati laboratori di teatro e di scrittura, di scenotecnica e attrezzeria tra ragazzi seguiti dai Servizi della Giustizia Minorile, studenti di Istituti Superiori, giovani di Centri giovanili, con l'obiettivo di costruire ponti tra diverse adolescenze producendo spettacoli ed iniziative culturali.

Per un ulteriore approfondimento si rimanda ai contributi per il rapporto regionale *Fotografia del sociale*²⁹, che tratta, tra l'altro, un'analisi dei dati su adulti e minori inseriti nel sistema della giustizia in Emilia-Romagna.

7.2 Progetti finanziati con il Fondo sociale europeo nel 2013

Il 2013 ha costituito per il FSE l'ultimo anno del periodo di programmazione 2007 – 2013. Nonostante si sia lavorato con i residui delle risorse disponibili, non è venuta meno l'attenzione

²⁸ Si rimanda alla sintesi della lettura del Programma Carcere 2013 al paragrafo 8.1 della presente relazione.

²⁹ <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/report-la-fotografia-del-sociale>

per i percorsi di inserimento lavorativo di detenuti e ex detenuti. Le Amministrazioni Provinciali, ai sensi dell'Accordo tra Regione e Province per il coordinamento della programmazione 2011/2013 per il sistema formativo e per il lavoro, hanno programmato gli interventi per la popolazione sottoposta a provvedimenti penali, tramite le risorse dell'Asse III Inclusione sociale.

Complessivamente i progetti approvati sono stati 131 per un importo complessivo di 1.217.842 euro.

Nel corso del 2013 sono proseguite le attività del progetto ACERO, Accoglienza e Lavoro, finanziato con risorse della Cassa Ammende del Ministero della Giustizia, risorse dei Comuni, del Fondo sociale regionale e del Fondo Sociale Europeo. In particolare le Amministrazioni provinciali hanno finanziato le attività di inserimento lavorativo mentre con le altre risorse si è prevalentemente fatto fronte ai problemi di alloggio e di supporto all'inserimento lavorativo (mezzi di trasporto, salute, ecc.).

Tab. 42 Progetti FSE approvati 2013

Prov	Nr Progetti	Destinatari	Contributo	NR. Partecipanti	Part. M	Part. F	Cittadinanza IT	Cittadinanza EE	Cittadinanza EX
BO	7	46	196.346,76	48	46	2	21	2	25
FC	2	7	19.000,00	0	0	0	0	0	0
FE	36	79	78.720,00	73	71	2	47	1	25
MO	17	72	212.134,00	49	49	0	23	0	26
PC	17	24	70.665,00	14	14	0	2	1	11
PR	19	46	159.762,00	30	30	0	26	0	4
RA	5	48	75.052,00	8	8	0	5	0	3
RN	18	80	145.724,00	45	45	0	35	3	7
RER	10	63	260.438,00	74	61	13	71	0	3
TOTALE	131	465	1.217.841,76	341	324	17	230	7	104

Dei 131 progetti approvati, 78 fanno riferimento al progetto Acero. I tirocini sono 63 e gli altri progetti sono azioni a supporto dei tirocini, di accompagnamento formazione o di riconoscimento delle competenze tramite esame (sia acquisite nei percorsi formativi o sul lavoro, sia riconoscendo esperienze pregresse).

Tutte le Province hanno attivato nel 2013 progetti nell'ambito di Acero ma alcune avevano finanziato due annualità del progetto nel corso del 2012, quindi hanno operato con le risorse già assegnate senza approvazioni nel corso del 2013.

Tab. 43 Progetti approvati per ACERO 2013

Prov	Nr Progetti	destinatari	Contributo progetto	NR. Partecipanti	Part. M	Part. F	Cittadinanza IT	Cittadinanza EE	Cittadinanza EX
BO	2	10	43.383,00	10	8	2	5	0	5
FC	2	7	19.000,00	5	5	0	0	0	0
FE	33	51	46.800,00	37	35	2	29	0	8
MO	9	9	20.000,00	5	5	0	4	0	1
PC	15	15	47.280,00	14	14	0	2	1	11
PR	10	10	20.000,00	10	10	0	7	0	3
RN	7	7	23.800,00	7	7	0	7	0	0
TOTALE	78	109	220.263,00	88	84	4	54	1	28

Molte delle attività approvate fanno riferimento all'area ristorazione e manutenzione del verde, edilizia, meccanica, assistenza alla persona, dog sitting, informatica e addetti alle vendite. A Ferrara e Rimini sono stati approvati percorsi nell'ambito del riciclo e manutenzione dei rifiuti urbani. Nei territori di Ferrara, Bologna e Forlì sono proseguite le attività delle cooperative (all'interno degli Istituti per Bologna e Ferrara e esterna a Forlì) nate nell'ambito del progetto RAEE in carcere, impegnate nel disassemblaggio di rifiuti tecnologici, in particolare grandi elettrodomestici, per conto dei Consorzi RAEE. Alcune delle attività formative finanziate avevano la finalità di preparare le persone all'ingresso nelle suddette cooperative.

7.3 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 2013; 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.

7.3.1 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 private del profit.

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

Accoglienza (Azione 1) finanziata attraverso i fondi di Cassa Ammende, prevede il pagamento di n. 45 interventi (della durata di 6 mesi ciascuno) per l'accoglienza di persone dimesse dal carcere per la fruizione di misura alternativa presso Residenze Riabilitative Collettive³⁰ 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 69 segnalazioni, 7 delle quali non sono state considerate idonee per intraprendere il percorso progettuale. Dei 62 interventi effettuati nell'anno 2013, 47 sono iniziati e conclusi nell'anno, con una media di permanenza in struttura di

³⁰ Si vedano, in allegato 4, le schede di presentazione delle strutture di accoglienza in allegato.

7,8 mesi circa. Le segnalazioni sono state effettuate per oltre il 60% dagli Istituti Penitenziari, il resto dagli Uffici Esecuzione Penale Esterna.

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 prevede il finanziamento di 90 percorsi di inclusione lavorativa sostenuti da attività di tutoraggio che favoriscano il graduale rientro nel tessuto lavorativo dei destinatari.

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.

Nella prima annualità del progetto i risultati della prima annualità sono stati molto soddisfacenti per entrambe le azioni:

I tavoli tecnici locali 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.

Sono 109 i destinatari dei percorsi di tirocinio con contributi che le Province hanno destinato a questa azione attraverso risorse del Fondo Sociale Europeo.

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 intesa³¹ 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

³¹ Allegato n.5

alternativa alla detenzione. Il Progetto, infatti, promuove modalità innovative di programmi trattamentali quali possibili buone prassi da riproporre in altre realtà territoriali.

E' stata, infine, individuata l'agenzia a cui assegnare la funzione valutativa dell'intera azione progettuale. Il Progetto, infatti, prevede una specifica attività di valutazione indirizzata al monitoraggio della sua implementazione, all'analisi qualitativa e quantitativa dei risultati e degli effetti della ricaduta. Al termine della seconda annualità verrà realizzato un report di sintesi del percorso valutativo.

7.3.2 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 si concluderanno alla fine del 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.

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 previste da realizzarsi nel biennio 2013-2014 ci sono 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, cogestione 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.

7.3.3 PROGETTO STANZE DI TEATRO CARCERE

Per il terzo anno il progetto Stanze di Teatro Carcere, nato a seguito del Protocollo, è sostenuto attraverso le risorse regionali di due Assessorati (Politiche Sociali e Cultura).

Nel 2011, infatti, è stato siglato il protocollo d'intesa di teatro in carcere 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 al 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 2013 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 2013 hanno visto il coinvolgimento di oltre 120 detenuti e un migliaio di spettatori.

7.3.4 PROGETTO GIUSTIZIA RIPARATIVA

Il Progetto "Verso un centro di giustizia riparativa" è stato finanziato dalla Regione Emilia-Romagna alla Cooperativa di Solidarietà Sociale L'Ovile di Reggio Emilia.

Che cos'è la Giustizia Riparativa?

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 è sicuramente quello centrale, ma non l'unico. Altre tipologie di intervento secondo l'approccio riparativo possono essere group conferencing con le famiglie e comunità, 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.

A fronte di una normativa italiana che sempre meno timidamente riconosce spazi per l'applicazione dei diversi strumenti del paradigma riparativo, la Regione Emilia Romagna ha deciso di sostenere un progetto sperimentale sul tema della Giustizia Riparativa nel territorio reggiano. 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.

Il progetto, partito nel 2013 e che si concluderà nel 2014, propone di avviare la sperimentazione di un Centro di Giustizia Riparativa 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. In particolare si propone di promuovere attività di prossimità alle vittime dei reati ampliando, al contempo, gli spazi di implementazione delle misure alternative alla detenzione.

Il Progetto prevede:

- una prima fase di sensibilizzazione
- una seconda fase formativa
- una terza fase di implementazione

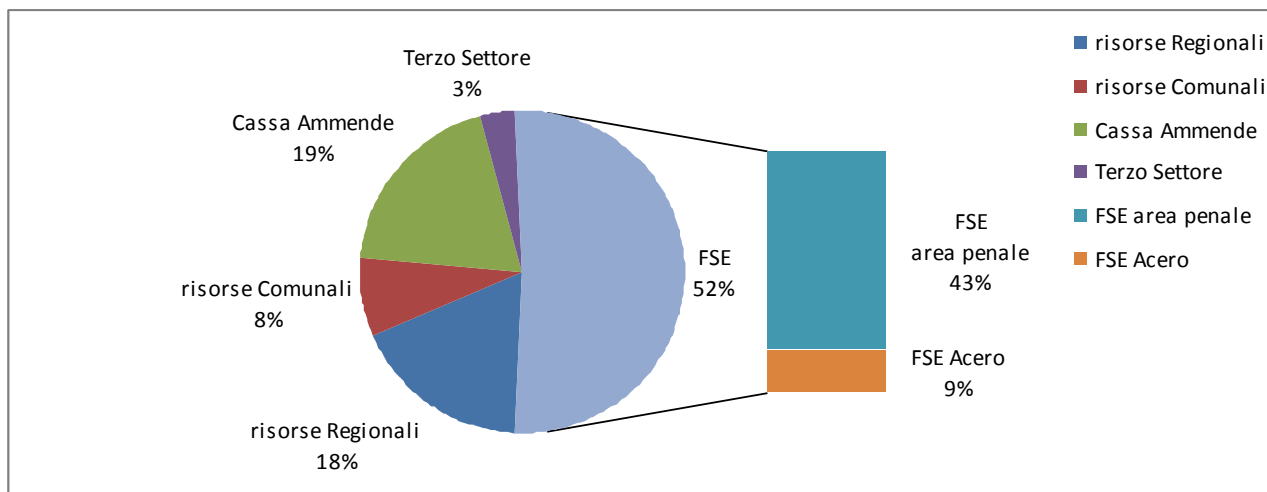
La Regione Emilia-Romagna ha sostenuto la seconda fase in particolare:

- l'avvio sperimentale di un Centro di Giustizia Riparativa nel territorio della Provincia di Reggio Emilia, al fine di promuovere attività di mediazione con particolare attenzione alla mediazione penale attraverso la selezione e la formazione di un gruppo di mediatori penali/facilitatori/operatori di giustizia riparativa;
- l'attività di docenza verterà sulle principali discipline coinvolte (diritto penale e processuale penale, vittimologia, criminologia) complementari alla formazione pratica dei mediatori penali;

8. Risorse economiche e i Programmi Attuativi 2013

Per l'anno 2013, come si evince dal grafico e, più in dettaglio, dalla tabella economica, le risorse messe a disposizione in ambito sociale per l'area penale sono state di Euro 2.351780,08. Oltre alle risorse regionali e comunali, una incidenza significativa è rappresentata dalle risorse provenienti da Cassa delle Ammende (Ministero della Giustizia) e dal Fondo Sociale Europeo.

Fig. 30 Risorse economiche anno 2013 per l'area penale adulti per azioni in ambito socio-lavorativo



Alla tabella economica 2013 seguono delle 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.

Tav. 2 Programma Carcere 2013 - D.A.L. n.117/2013 – DGR n.855/2013 – Det. Assegnazione n.10973/2013– Det. Liquid. 14854/2013

Comuni sede di carcere	Costo totale progetti	Risorse regionali				Risorse comunali			Altre risorse				
		Totali	di cui		Altri contributi regionali *	Totali	di cui		Totali	di cui			
			Programma Carcere				Programma carcere	FSE Provincia azione b) Progetto AC.E.RO		FSE (area penale)	Soggetti Terzo Settore, ASL, Prov., SerT, Comune	Cassa delle Ammende	
			a) e c)	b)									a) e c)
PROV. PC									70.665,00	47.280,00	23.385,00		
Piacenza	€ 60.472,30	47.517,08	38.448,60	9.068,48		12.955,22	9.068,70	3.886,52					
PROV. PR	€ 235.879,00								235.879,00	20.000,00	139.762,00	76.117,00	
Parma	€ 96.715,01	78.537,25	35.575,58	15.246,67	27.715,00	18.177,76	11.642,86	6.534,90					
PROV. RE									0,00				
Reggio Emilia*	€ 86.145,52	69.301,86	27.511,30	11.790,56	30.000,00	16.843,66	11.790,56	5.053,10					
PROV. MO									210.134,00	20.000,00	190.134,00		
Modena**	€ 55.790,09	38.537,23	26.976,06	11.561,17		17.252,86	11.602,16	5.650,70					
PROV. BO									196.346,76	43.383,00	152.963,76		
Bologna	€ 126.091,14	88.289,00	61.802,30	26.486,70		37.802,14	26.486,70	11.315,44					
PROV. FE									78.720,00	46.800,00	31.920,00		
Ferrara	€ 65.097,76	31.961,44	22.373,01	9.588,43		33.136,32	29.026,99	4.109,33					
PROV. RA									75.052,00		75.052,00		
Ravenna	€ 29.274,35	20.492,04	14.344,42	6.147,62		8.782,31	6.147,62	2.634,69					
PROV. FC									38.000,00	19.000,00	19.000,00		
Forlì	€ 41.307,62	21.307,62	14.915,33	6.392,29		20.000,00	17.260,45	2.739,55					
PROV. RN									145.724,00	23.800,00	121.924,00		
Rimini	€ 41.133,54	24.060,28	16.842,20	7.218,08		17.073,26	13.979,80	3.093,46					
Totale	€ 2.351.780,08	420.003,80	258.788,80	103.500,00	57.715,00	182.023,53	137.005,84	45.017,69	1.749.752,75	220.263,00	997.579,00	76.117,00	455.793,75

* Contributo progetto "Verso un centro di giustizia Riparativa" - DGR n.1181/2013

** Include anche Castelfranco Emilia

8.1 ANNO 2013

PROGRAMMA CARCERE

Piani Attuativi del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale

(D.A.L. n.117/2013 – DGR n.855/2013 – Det. Assegnazione n.10973/2013– Det. Liquidazione n. 14854/2013)

COMUNE PIACENZA	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	DI CUI			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (fondo sociale locale; fondo straordinario)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa Circondariale di Piacenza	Inserimento occupazionale di persone private della libertà personale	25.570,30	11.574,70	9.034,80	20.609,50	4.960,80
	Sportello informativo	16.947,00	6.085,10	8.254,00	14.339,10	2.607,90
	Progetto "Parole oltre il muro"	5.000,00	3.500,00		3.500,00	1.500,00
UEPE di Piacenza	Interventi educativi e socio-riabilitativi per soggetti in area penale - azione b) (Progetto ACERO)	12.955,00	9.068,48		9.068,48	3.886,52
Totale		60.472,30	30228,28	17.288,80	47.517,08	12.955,22

COMUNE PARMA	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI fondo sociale locale; fondo straordinario...)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Istituti Penali di Parma Direttore XX	Sportello informativo (mediazione linguistica-culturale, primo filtro valutazione, interazione rete servizi territoriali, volontariato) e istituzione garante	43218,71	31.575,58		31.575,58	11.642,86
	Miglioramento delle condizioni di vita in carcere: Lab. Teatrale Accoglienza fam. detenuti e detenuti in permesso Attività Comitato Locale (coord. attivazione percorsi occupazionali,)					
	Laboratorio Burattini	13.000,00	4.000,00		4.000,00	9.000,00
	Promoz. benessere psicofisico	103.832,00		27.715,00	27.715,00	76.117,00
UEPE di Parma	Attivazione percorsi occupazionali	21781,57	15.246,67		15.246,67	6.534,90
Totale		181.832,01	50.822,25	27.715,00	78.537,25	103.294,76

COMUNE REGGIO-EMILIA	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBU TO PROGRAM MA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (fondo sociale locale, fondo straordinario...)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Istituti Penali di Reggio Emilia	Accompagnamento e sostegno alla popolazione detenuta in particolare di origine straniera Include: - Sportello per italiani e stranieri - Miglioramento qualità della vita - Inserimento in percorsi formazione e/o lavorativo di detenuti, affidati e/o fine pena, e misure di accompagnamento, e inserimento lavorativo di internati; - Raccordo con	39.301,86	27.511,30		27.511,30	11.790,56

	i servizi territoriali (UEPE e Poli territoriali di Servizio Sociale) - Azioni di rete con soggetti coinvolti in attività destinate al target					
UEPE di Reggio-Emilia	Opportunità di tirocini formativi e di orientamento per persone in esecuzione penale esterna in carico all'UEPE (Progetto ACERO)	16.843,66	11.790,56		11.790,56	5.053,10
Totale		56.145,52	39.301,86		39.301,86	16.843,66

COMUNE Modena	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (ex. L.R 3/08; fondo sociale locale; fondo straordinario)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa Circondariale di Modena	Sportello informativo detenuti stranieri	29.649,56	18.047,40		18.047,40	11.602,16
	Miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti Comune di Modena e Castelfranco E.	8.928,66	8.928,66		8.928,66	
UEPE di Modena	Azione b) Modena (Progetto ACERO)	10.772,01	7.264,17		7.264,17	3.507,84
	Azione b) Castelfranco E. (Progetto ACERO)	6.439,86	4.297,00		4.297,00	2.142,86
Totale		55.790,09	38.537,23		38.537,23	17.252,86

COMUNE BOLOGNA	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (ex. L.R 3/08; fondo sociale locale; fondo straordinario...)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa circondariale Bologna Direttore Claudia Clementi	Progetti Programma Carcere: - Sportelli Mediazione Culturale - Miglioramento condizioni di vita in carcere	88.289,00	61.802,30		61.802,30	26.486,70
UEPE di Bologna	- Percorsi verso l'inclusione sociale (Progetto ACERO)	37.838,14	26.486,70		26.486,70	11.315,44
Totali		126.127,14	88.289,00		88.289,00	37.802,14

COMUNE FERRARA	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (ex. L.R 3/08; fondo sociale locale; fondo straordinario..)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa Circondariale di Ferrara	Progetto di mediazione culturale e miglioramento della vita dei detenuti italiani e stranieri attraverso progetti e attività formative (Giornale, inserimenti lavorativi personalizzati)	51.400,00	22.373,01		22.373,01	29.026,99
UEPE di Ferrara	Accoglienza /accompagnamento al reinserimento sociale di soggetti in esecuzione penale o neo scarcerati (Progetto ACERO)	13.697,76	9.588,43		9.588,43	4.109,33
Totale		65.097,76	31.961,44		31.961,44	33.136,32

COMUNE RAVENNA	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (ex. L.R 3/08; fondo sociale locale; fondo straordinari...)o	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa Circondariale di Ravenna	Promozione percorsi formativi e/o ludici Promozione azioni di giustizia riparativa Consolidamento azioni di intervento sportivo e ludico- ricreativo Consolidamento dello sportello informativo e della figura del mediatore in ambito sanitario	20.492,04	14.344,42		14.344,42	6.147,62
UEPE di Ravenna	Azioni finalizzate alla mediazione ed accompagnamento al lavoro attraverso percorsi personalizzati di tirocinio lavorativo (Progetto ACERO)	8.782,31	6.147,62		6.147,62	2.634,69
Totale		29.274,35	20.492,04		20.492,04	8.782,31

COMUNE FORLI'	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2012	ALTRI CONTRIBUTI (ex. L.R 3/08; fondo sociale locale; fondo straordinario..)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa Circondariale di Forlì Direttore Palma Mercurio	<ul style="list-style-type: none"> - Attività occupazionali - Sportello Informativo (Spazio Famiglia, Feste detenuti-figli, Teatro, Percorso di formazione per volontari - Sportello Mediatore culturale - Azioni di miglioramento organizzativo 	32.175,78	14.915,33		14.915,33	17.260,45
UEPE di Forlì	Percorsi di autonomia abitativa e lavorativa (Progetto ACERO)	9.131,84	6.392,29		6.392,29	2.739,55
Totale		41.307,62	21.307,62		21.307,62	20.000,00

COMUNE RIMINI	PROGETTI	TOTALE COSTO PROGETTI	Di cui			
			RISORSE REGIONALI			RISORSE COMUNALI (Provinciali/ Altro...)
			CONTRIBUTO PROGRAMMA CARCERE 2011	ALTRI CONTRIBUTI (ex. L.R 3/08; fondo sociale locale...)	TOTALE RISORSE REGIONALI	
Casa Circondariale di Rimini	- Sportello - Centro Ascolto attraverso diverse azioni progettuali (facilitazione accesso servizi pubblici, consulenza legale, , attività culturali e ricreative, mediazione)	13.161,00	8.421,10		8.421,10	4.739,90
	Miglioramento delle condizioni di vita in carcere: attività rivolte alla custodia attenuata	17.661,00	8.421,10		8.421,10	9.239,90
UEPE di Rimini	Inserimenti lavorativi (Progetto ACERO)	10.311,54	7.218,08		7.218,08	3.093,46
Totale		41.133,54	24.060,28		24.060,28	17.073,26

9. Aspetti generali ed assistenza primaria

Il DPCM 1/04/2008 prevede 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 penitenziaria³², ai rapporti interistituzionali con l'Amministrazione Penitenziaria³³ ed al percorso clinico-assistenziale per le persone detenute³⁴.

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 pertinenza³⁵.

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"³⁶ 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 elaborati nel corso del 2013, a conclusione del primo triennio, e che troveranno nuova applicazione o consolidamento con il nuovo Programma triennale, emanato nel corso del 2014.

9.1 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.

La casa di promozione e tutela della salute deve diventare un 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

³² 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"

³³ DGR n. 1135 del 27/07/2011 "Approvazione del protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti negli Istituti Penitenziari della regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali"

³⁴ Circolare DG Sanità e politiche sociali n. 15/2012 "Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute"

³⁵ 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

³⁶ DGR n.2 del 11/01/2010 "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali" <http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr-2-2010>

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.

Tra le finalità delle Case di promozione e tutela della salute ricordiamo:

- l'appropriatezza del punto di accesso e della presa in carico dei detenuti;
- la continuità assistenziale nelle 24 ore, 7 giorni su 7, con risorse interne o con servizi aziendali esterni (118, guardia medica territoriale);
- l'organizzazione ed il coordinamento delle risposte secondo le necessità della comunità penitenziaria.

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.

9.2 La Carta dei servizi

Nel corso del 2013 un gruppo specifico (Det. n. 348/2012) ha lavorato alla definizione di linee guida regionali per l'adozione di una **specificata Carta per i servizi offerti** all'interno dell'Istituto penitenziario che insiste sul territorio di propria competenza. Le linee guida esplicitano l'impegno delle Aziende a mantenere uno **standard assistenziale negli Istituti penitenziari**, nel rispetto della gratuità, uguaglianza e riservatezza, e promuovono ulteriormente il rapporto cittadino/utente nell'ottica di responsabilità.

9.3 L'assistenza primaria

L'anno 2013 si configura come il momento di applicazione e prima verifica di numerosi cambiamenti introdotti in merito all'assistenza primaria dei detenuti degli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna. Tali cambiamenti sono delineati nella **Circolare n.15 del 9/12/2012** della DG Sanità e Politiche Sociali. Si riportano di seguito le principali innovazioni previste in materia di approccio all'assistenza e delle relative procedure di attuazione.

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 croniche ³⁷, 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. Riscontri bibliografici ³⁸ 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.

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, 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 intenso lavoro di *counseling* sviluppatosi in più passaggi relazionali preparatori, nel periodo di accoglienza, e 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.

I profili di salute e la classificazione ICD10 per le diagnosi

Al fine di monitorare lo stato di salute dell'intera comunità penitenziaria, anche rispetto al contesto ambientale, uno strumento necessario è quello del Profilo di Salute della popolazione detenuta. L'elaborazione di un profilo per ogni Istituto penitenziario 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. Esso infatti:

- fornisce un quadro epidemiologico della popolazione oggetto di studio;
- consente di analizzare i fattori (condizioni socio-economiche, stato dell'ambiente, stili di vita, disagio da detenzione, ecc.) che producono effetti, positivi o negativi, sulla salute;
- consente di analizzare i bisogni espressi dai cittadini detenuti;
- rende più agevole definire le linee di sviluppo dell'assistenza sanitaria verso una concreta possibilità di *empowerment* del cittadino detenuto, che diviene soggetto che può scegliere o meno di partecipare attivamente al percorso salute, che gli viene proposto dagli operatori sanitari.

³⁷ WHO (2013) *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*;

³⁸ 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

Viene così progressivamente limitato l'utilizzo inappropriato delle risorse a disposizione per il Percorso salute, talvolta utilizzate impropriamente per raggiungere benefici.

Per la raccolta delle informazioni sulle patologie e per la loro classificazione, si è ritenuto necessario introdurre un **linguaggio condiviso per la comunicazione** tra i professionisti che operano negli Istituti penitenziari ed il Sistema sanitario nel suo complesso. Tale obiettivo viene perseguito tramite l'utilizzo del sistema di **codifica delle diagnosi ICD 10**, il cui sviluppo si è avviato tramite uno specifico gruppo di lavoro che definirà Linee Guida regionali sull'utilizzo dell'ICD 10 nei servizi di Sanità Penitenziaria, e predisporrà una formazione dei professionisti operanti nelle carceri. Si adempirà così anche alle esigenze conoscitive sulle condizioni di salute della popolazione e si fornirà un supporto alla pianificazione locale e regionale, attraverso l'analisi dei profili diagnostici delle persone detenute.

Per lo studio e l'approfondimento di questo aspetto la regione Emilia-Romagna sarà capofila **nel biennio 2014-2015 di un progetto finanziato dal Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero della Salute**, assieme a Lombardia, Toscana, Calabria e con la stessa Amministrazione Penitenziaria, finalizzato anche ad individuare i possibili effetti derivati dalle condizioni ambientali sulle patologie croniche e quali i possibili miglioramenti. I dati raccolti attraverso la Cartella clinica informatizzata SISP, al pari di quella in dotazione nei servizi dell'assistenza distrettuale, consentiranno di poter definire i **profili di salute** della popolazione detenuta favorendone lo sviluppo della conoscenza, obiettivo tuttora in via di perfezionamento.

Scheda P.A.I. - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Azienda Sanitaria Locale (LOGO) Casa Circondariale di.....

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Proposto al Sig./Sig.ra _____ data _____

proveniente da: ☐ libertà ☐ altro istituto

Presenta :

<input type="radio"/> Fattori di rischio	<input type="radio"/> Disagio	<input type="radio"/> Peso kg.....	<input type="radio"/> Fumo	<input type="radio"/> Isolamento	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Buona salute					
<input type="radio"/> Sintomi/patologie			grado di compenso		
			<input type="radio"/> buono	<input type="radio"/> precario	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Obiettivo Clinico Assistenziale

TRATTAMENTO PERSONALIZZATO

Infermiere *	Counseling ed interventi educativi comunitari		<input type="checkbox"/>
	Counseling ed interventi educativi individuali		<input type="checkbox"/>
	Monitoraggio individuale programmato		<input type="checkbox"/>
	Attività personalizzata		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Medico	Visita periodica	accesso settimanale	<input type="checkbox"/>
		accesso quindicinale	<input type="checkbox"/>
		accesso mensile	<input type="checkbox"/>
		accesso trimestrale	<input type="checkbox"/>
PROGRAMMAZIONE VERIFICHE		verifica trimestrale	<input type="checkbox"/>
		verifica semestrale	<input type="checkbox"/>
		verifica annuale	<input type="checkbox"/>

NOTE _____

Firma del Referente del PAI:	Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:

OBIETTIVI/ASPETTATIVE DEL PAZIENTE _____

☐ accetta ☐ rifiuta **L'assistito**

Il ruolo del medico e dell'infermiere dell'Assistenza Primaria

Il medico di assistenza primaria in carcere, oltre a dare continuità al compito del “medico penitenziario pre-riforma”, rappresenta un punto di riferimento fondamentale nella proiezione verso un modello assistenziale coerente con gli obiettivi dell'assistenza primaria indirizzati allo sviluppo della medicina di iniziativa.

Non più professionisti che limitano la propria attività ai bisogni espressi dalla persona detenuta ma capaci di coinvolgerla, insieme ad altre figure professionali, in un percorso assistenziale condiviso, basato su informazioni e scelte ragionevoli, adattate alle necessità che la persona detenuta riesce ad esprimere. I medici addetti all'assistenza primaria debbono, di conseguenza, sviluppare ulteriormente la **capacità di relazione con persone** che nella loro storia individuale sono più esercitate ad utilizzare il corpo come strumento che come bene da salvaguardare per favorire un cambiamento nell'atteggiamento della persona detenuta, e proporre alla stessa un'occasione di riflessione sul proprio stato di salute.

Gli obiettivi dell'assistenza medica, oltre la prevenzione, la promozione della salute, il trattamento dell'acuzie, sono costituiti da un **diverso approccio alla gestione del disagio e delle principali patologie croniche** (diabete mellito, bronchiti croniche, ipertensione arteriosa, miocardiopatia ischemica, epatiti, AIDS), in cui oltre la cura diviene fondamentale saper aiutare la persona detenuta a scegliere comportamenti utili a prevenire le complicanze.

Il lavoro sulla persona detenuta e con la persona stessa, la registrazione delle informazioni, della loro discussione, dell'aderenza o meno al progetto presentato e condiviso con la sottoscrizione del PAI costituiscono un patrimonio informativo fondamentale, testimonianza del diverso approccio assistenziale messo in opera; ciò può avere anche una ricaduta positiva, stante il contesto in cui si opera e i risvolti medico-legali che spesso caratterizzano l'ambito penitenziario, rispetto ai quali il professionista potrebbe esser chiamato a rispondere dell'appropriatezza del servizio sanitario offerto.

In questi termini diviene fondamentale costituire con la professionalità infermieristica una **rete assistenziale secondo i principi del Chronic Care Model**, considerato il modello basilare di riferimento.

Con tale approccio si delinea, inoltre, 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 del detenuto in un'ottica di qualità, personalizzazione e specificità. Ciò sarà precisamente delineato nel Programma regionale di prossima emanazione.

Ogni singolo operatore diviene così responsabile del percorso di presa in carico, e 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.

Gli operatori negli Istituti penitenziari

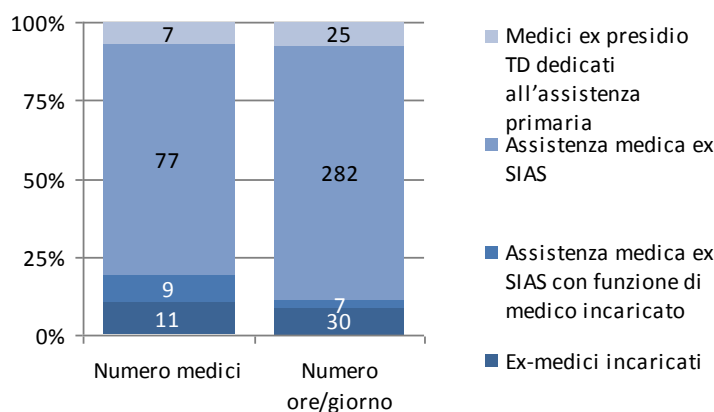
In Emilia-Romagna, la **copertura medica del servizio di assistenza primaria H24 è garantita in quasi tutti gli Istituti penitenziari**, ad eccezione di quelli con minore capienza, quali Forlì e Rimini (H14), Castelfranco (H10.30) e Ravenna (H8).

Tab. 44 Copertura giornaliera per l'assistenza medica e infermieristica negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna nel 2013

	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	12/14	24	13	24	15	13	15.30	14

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. 31 Numero di medici e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2013 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

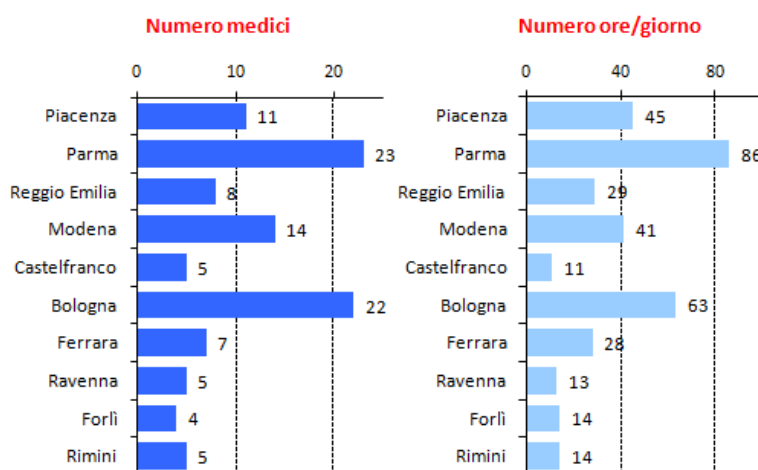


Nel 2013 al fine di garantire **l'assistenza primaria medica negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, operano 104 professionisti**, con tipologie di inquadramento eterogenee.

Tra essi, si individuano **86 medici ex SIAS** (Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria, o "guardia medica") di cui 9 svolgono funzione di medico incaricato, 11 ex-medici incaricati e 7 medici provenienti dagli ex presidi per le tossicodipendenze nelle carceri, dedicati prevalentemente (a volte esclusivamente) all'assistenza primaria.

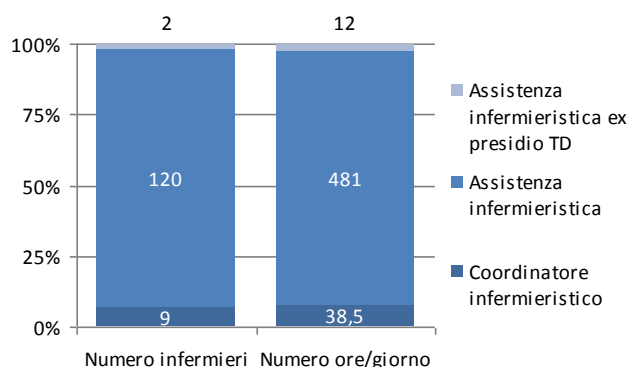
L'insieme degli Istituti utilizza indicativamente **344 ore di assistenza primaria in un giorno medio feriale**, delle quali 307 ore sono dedicate a questa attività in senso stretto (282 svolte da medici ex-SIAS e 25 ore da medici ex presidio tossicodipendenze dedicati all'assistenza primaria). Ulteriori 37 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. 32 Numero di medici e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2013 per Istituto penitenziario dell'Emilia-Romagna



L'assistenza primaria infermieristica è garantita da 131 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. 33 Numero di infermieri e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2013 negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

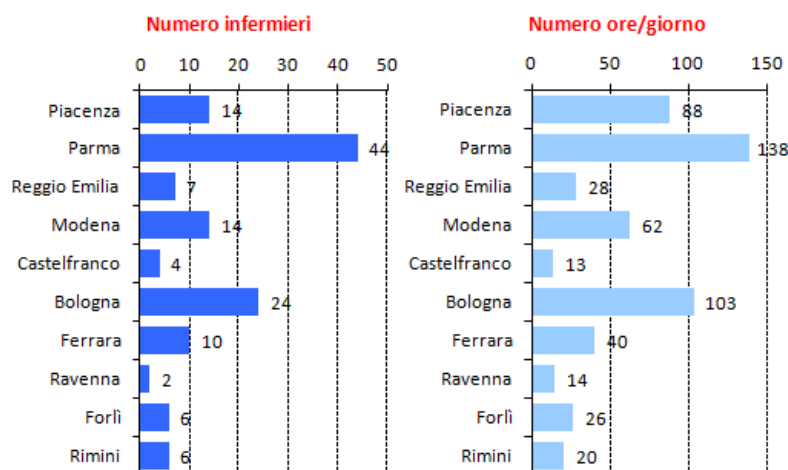


Al contrario, la copertura oraria giornaliera infermieristica è più elevata di quella medica a Ravenna (13H, contro le 8H di quella medica), Forlì (15,30 contro 14) e Castelfranco (13 ore contro 10,30).

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, mentre a Reggio Emilia non ha presenza fissa.

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 feriali, più di 530 ore, delle quali circa 38 riguardano il ruolo di coordinatore infermieristico.

Fig. 34 Numero di infermieri e numero di ore/giorno medie feriali per l'assistenza primaria nel 2013 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 doppio rispetto al pomeriggio, e più elevato negli Istituti di dimensioni maggiori in termini di detenuti (8 a Bologna, 6 a Parma e 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 di un medico 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 e Parma (3 medici). 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. 46 Numero di medici per l'assistenza primaria nel 2013
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	4	3 medici incaricati per 3ore/gg ciascuno; 1 medico ex SIAS per 4ore/gg
Reggio Emilia	24	1	1	1	1	1 medico referente per 20h settimanali mattina o pomeriggio
Modena	24	4	1	1		
Castelfranco	10,5	2	1			
Bologna	24	8	2	1		
Ferrara	24	2	1	1		
Ravenna	8	1	1		1	1 medico incaricato con orari a gg alterni 8.30-11-30 e 14.30-17.30
Forlì	14	1	1			
Rimini	14	1	1			
Totale		28	14	7	7	

Note

Mattino: Indicativamente 8-14 (Reggio Emilia fino alle 16; Castelfranco 8.30-13; Ravenna 9-13.30; Forlì 8.30-15.30; Rimini fino alle 15)

Pomeriggio: Indicativamente 14-20 (Reggio Emilia 16-22; Castelfranco 13-19; Ravenna 16-20; Forlì 15.30-22.30; Rimini 15-22)

Notte: Indicativamente 20-8

Bologna: 2 medici in turno 3 mattine e 2 pomeriggi

+ 2 medici in turno al mattino sabato e festivi + 1 medico referente in turno la mattina

Castelfranco: è da considerare anche 1 medico delle dipendenze la mattina per 2 volte a settimana

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 9 o più infermieri, seguiti da Piacenza (5 unità, di cui una dedicata al ROP – Reparto di Osservazione Psichiatrica), Modena e Ferrara (4 ciascuno). In alcuni di questi Istituti, si registra un numero più elevato di infermieri nel pomeriggio (Parma e Piacenza , 5 operatori), 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.

Tab. 47 Numero di infermieri per l'assistenza primaria nel 2013
per fascia oraria (giorno medio feriale) negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

	H	Mattina	Pomeriggio	Notte	Altra fascia oraria	
Piacenza	24	5	5	1	3	1 coordinatore infermieristico e 2 non turnisti addetti agli all'attività ambulatoriale/specialistica h 9-16
Parma	24	9	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			
Rimini	14	2	1	1	1	h 7-8
Totale		41	21	6	10	

Note

Mattino: Indicativamente 8-14 (Reggio Emilia 8-15; Castelfranco 8.30-13; Ferrara 8-15.20; Ravenna 7-13.30; Forlì 8.30-15.30)

Pomeriggio: Indicativamente 14-20 (Rimini 15-22; Reggio Emilia 16-22; Ferrara 15.20-23; Castelfranco 13-19; Ravenna 14-20.30; Forlì 15.30-22.30)

Notte: Indicativamente 20-8

Piacenza: 1 infermiere (mattina e pomeriggio) è dedicato al ROP; il coordinatore infermieristico e 2 non turnisti addetti all'attività ambulatoriale/specialistica svolgono attività; dalle 9 alle 16; il turno della notte e l'inizio della mattina è alle ore 7.00

Parma: la mattina l'assistenza infermieristica è svolta da 7 unità in turno + 3 unità fuori turno

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

Alcuni aspetti relativi ai detenuti e alla salute

Grazie all'adozione della cartella informatizzata unica del settore sanitario degli Istituti dell'Emilia-Romagna, per la prima volta è stato possibile ottenere **alcuni dati preliminari 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 dato 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 i normali 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 determinati esigenze sanitarie). Proprio per quantificare tale flusso, il Ministero della Giustizia fornisce dati puntuali in un singolo giorno, quali ad esempio le presenze alla fine di ogni mese ed al 31 dicembre dell'anno.

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.

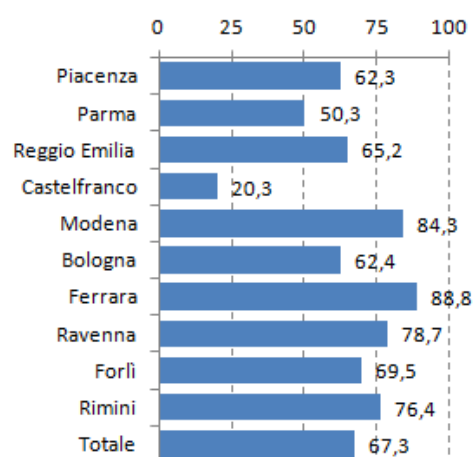
Si tratta quindi più che altro di un'analisi sulla **movimentazione dei detenuti**. Nel corso del 2013 i detenuti per almeno un giorno nell'anno sono stati 9.109, con una rilevante differenza tra IIPP. Bologna (2.593), Modena (1.334) e Parma (struttura a maggiore alta specializzazione clinica, 1.244) 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.

Tab. 47 Numero di detenuti con cartella aperta per almeno un giorno negli I.I.P.P. della regione* (2013, valori assoluti)

Istituto	Cartelle aperte per almeno un giorno nell'anno	di cui Nuove cartelle aperte
Piacenza	708	441
Parma	1.244	626
Reggio Emilia	756	493
Castelfranco E.	192	39
Modena	1.334	1.124
Bologna	2.593	1.618
Ferrara	546	485
Ravenna	497	391
Forlì	475	330
Rimini	764	584
Totale	9.109	6.131

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

Fig. 35 Percentuale di nuove cartelle aperte nell'anno sul totale dei detenuti transitati (2013, %)

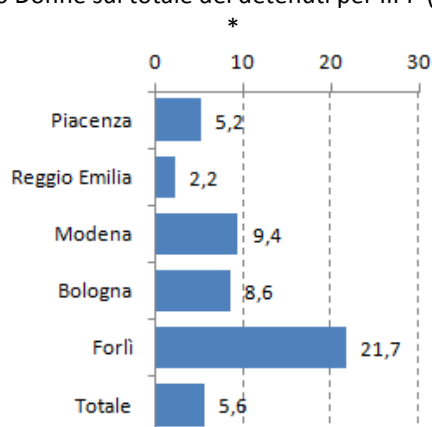


Anche su questo singolo aspetto vi sono delle differenze tra IIPP. La progettualità sulla salute può essere affrontata meglio nelle situazioni in cui un detenuto in condizioni di salute non ottimali è seguito per più tempo presso un singolo settore sanitario. Ferrara e Modena sono gli Istituti dove si è registrato il maggiore rapporto tra nuove cartelle aperte nel 2013 (vedi grafico) rispetto al totale dei detenuti transitati per almeno un giorno (rispettivamente 88,8% e 84,3%), seguite da Ravenna (78,7%). La situazione di Castelfranco Emilia è particolare, in quanto è una “casa di lavoro” con un numero più contenuto di detenuti ed il *turnover* è meno rilevante.

Le caratteristiche socio-anagrafiche

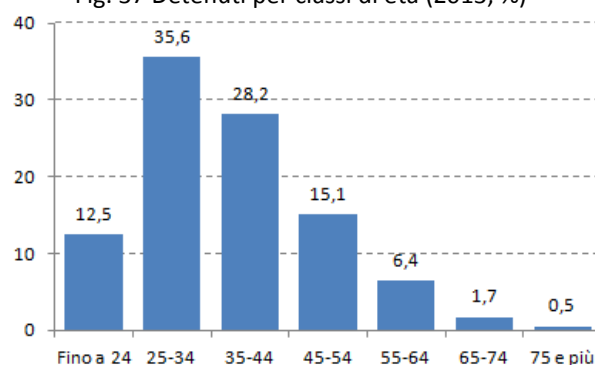
Le femmine costituiscono una quota minoritaria tra le persone detenute, almeno in Emilia-Romagna. Nel 2013 **le detenute erano 507, pari al 5,6%** del totale. Non tutti gli IIPP hanno sezioni femminili e, comunque, la quota di femmine sul totale degli utenti differisce notevolmente: Forlì ha il 21,7% di femmine, Modena il 9,4%, Bologna l'8,6%.

Fig. 36 Donne sul totale dei detenuti per IIPP (2013, %)



* Selezione degli I.I.P.P. dove sono presenti sezioni femminili

Fig. 37 Detenuti per classi di età (2013, %)



L'età è uno di quegli elementi che influenza le condizioni sanitarie dei detenuti: **all'aumentare dell'età è possibile prevedere l'insorgenza di specifiche patologie** meno caratterizzanti le fasce giovanili. Questo 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: **la struttura della popolazione detenuta per età infatti è simile negli Istituti della regione**, e riflette un andamento “tipico” della carcerazioni per età. I giovani sino a 24 anni di età sono il 12,5%. La fascia di età che si presenta con **maggior frequenza è tra i 25 ed i 34 anni** (35,6%). Tale quota decresce poi progressivamente nelle fasce di età successiva, e non mancano detenuti nelle età più avanzate, con 65 anni e più (1,7%) e con persone che hanno 75 anni e più (0,5%, 44 unità).

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, in piccola parte, sia 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 tanti altri elementi. Questi sono **fattori socio-culturali che incidono sui percorsi di cura delle persone**.

Nel 2013 la **maggioranza delle cartelle erano aperte a persone di cittadinanza non italiana, il 57,3%** del totale. Vi sono delle differenze tra IIPP, a volte anche rilevanti: si va dal 50,2% di Parma al 64,6% di Modena.

Fig. 38 Percentuale di detenuti con nazionalità non italiana sul totale (2013, %)

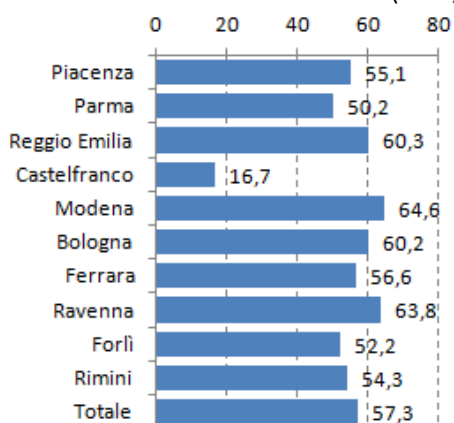
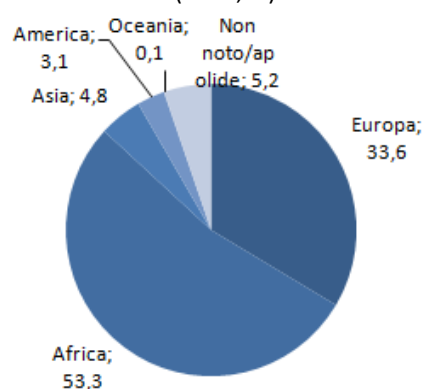


Fig. 39 Aree geografiche delle cittadinanze dei detenuti (2013, %)



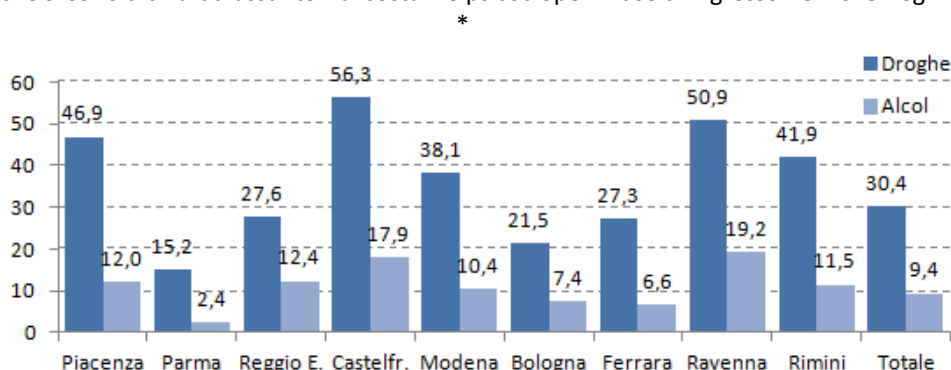
Dopo l'Italia, le nazionalità più frequenti sono quelle provenienti dall'Africa (53,3% dei detenuti), soprattutto dei Paesi del nord quali Tunisia, Marocco e Algeria. Seguono alcuni Paesi provenienti dall'Europa, soprattutto nazionalità dell'Albania, Romania e Moldavia, mentre pochissime sono le nazionalità dell'Europa dell'area euro.

La salute

Come evidenziato chiaramente nel capitolo dedicato al nuovo sistema informativo SISP, dal 2013 **la Regione Emilia-Romagna si è dotata di un sistema informativo unico** in grado di registrare e monitorare le condizioni cliniche dei detenuti (SISP – sistema informativo sanità penitenziaria). L'analisi della salute è di per se un concetto molto complesso da sintetizzare, poiché riguarda un panorama molto vasto di aspetti. Seppur è possibile individuare un **ambito di patologie più frequenti tra i detenuti**, di fatto le malattie si presentano frequenti come nella popolazione libera; il sistema sanitario del carcere deve essere in grado di affrontare le molteplici situazioni sanitarie presenti in carcere.

Tra le patologie più frequenti, vi sono quelle **connesse con l'uso/abuso di sostanze psicotrope**. Su 5.801 nuove cartelle aperte nel 2013, in 1.717 casi i detenuti hanno dichiarato un **uso/abuso di droghe (29,6%)**, mentre 546 (pari al **9,4%**) **uso di alcol**. 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 nuovi detenuti differiscono sostanzialmente tra le carceri della regione. Ad esempio per l'uso di droghe si va dal 21,5% di Bologna al 50,9% di Ravenna.

Fig. 40 Detenuti che si sono dichiarati assuntori di sostanze psicotrope in fase di ingresso nel 2013 negli II.PP (Valori %)



* Forlì non disponibile

Gli **eventi critici** sono delle 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 del mese di maggio 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.

Sicuramente lo **sciopero della fame** è quello che si presenta con la maggiore frequenza (399 casi) che interessa oltre il 4% dei detenuti. Segue lo **sciopero della sete** (256 casi, il 3% della popolazione carceraria).

Le tipologie di evento dimostrativo delle persone detenute sono però ampie, quali atti di autolesionismo (tagli, rotture, abrasioni, contusioni), il rifiuto all'assistenza sanitaria, comprese il rifiuto a ingerire delle compresse necessarie alla cura della propria patologia, oppure ingestione o inalazione di oggetti o agenti intossicanti.

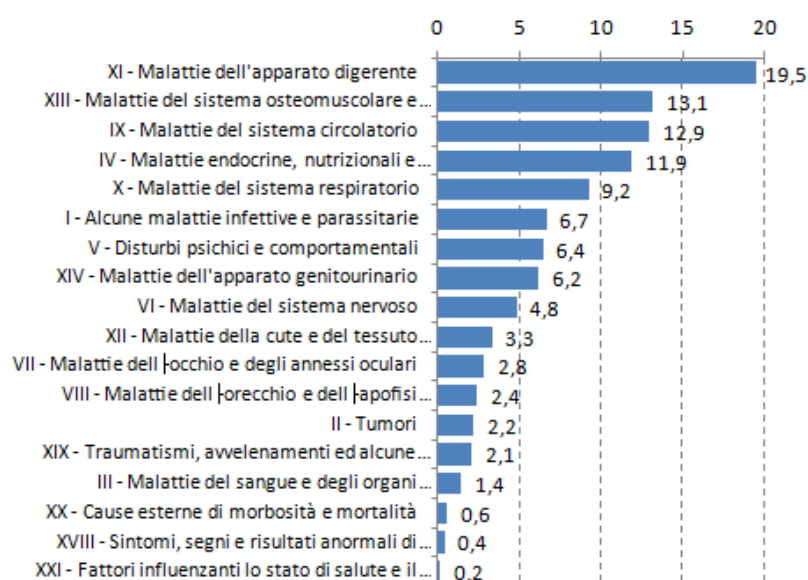
Tab. 48 Detenuti nel 2013 con almeno un evento critico *

Tipo evento critico	Detenuti con almeno un evento critico nell'anno	% di detenuti con almeno un evento critico sul totale
Sciopero della fame	399	4,6
Sciopero della sete	256	3,0
Autolesionismo	103	1,2
Rifiuto dell'assistenza	111	1,3
Isolamento sanitario/ precauzionale	116	1,3
Ingestione corpi estranei	27	0,3
Ingestione/inalazione di agenti intossicanti	17	0,2

* Eventi critici registrati dal secondo semestre 2013

Ma il quadro epidemiologico corretto sulla salute del detenuto è dato dalla **certificazione della diagnosi da parte dei professionisti sanitari**. Alla fine del 2013 è stato avviato un progetto di codifica della diagnosi con ICD 10 (un sistema internazionale di classificazione delle malattie), che nel corso del tempo permetterà una accurata analisi epidemiologica delle condizioni di salute dei detenuti in Emilia-Romagna.

Fig. 41 Detenuti negli Istituti di Parma nel 2013 con almeno una diagnosi per settore di diagnosi ICD 10 *



* Diagnosi registrate dal secondo semestre 2013

Dai **primi risultati sugli Istituti di Parma** emergono chiaramente quali sono le aree diagnostiche che caratterizzano i detenuti.

E' opportuno evidenziare che in tale Istituto – sede Centro Diagnostico e terapeutico – è una struttura di riferimento sanitario per i livelli di cura più elevati, per il territorio regionale e nazionale. Il **19,5%** del totale dei detenuti presenta patologie riguardanti l'**apparato digerente**, seguito a distanza dalle malattie del **sistema osteomuscolare (13,1%)** e da quelle del **sistema circolatorio (12,9%)**.

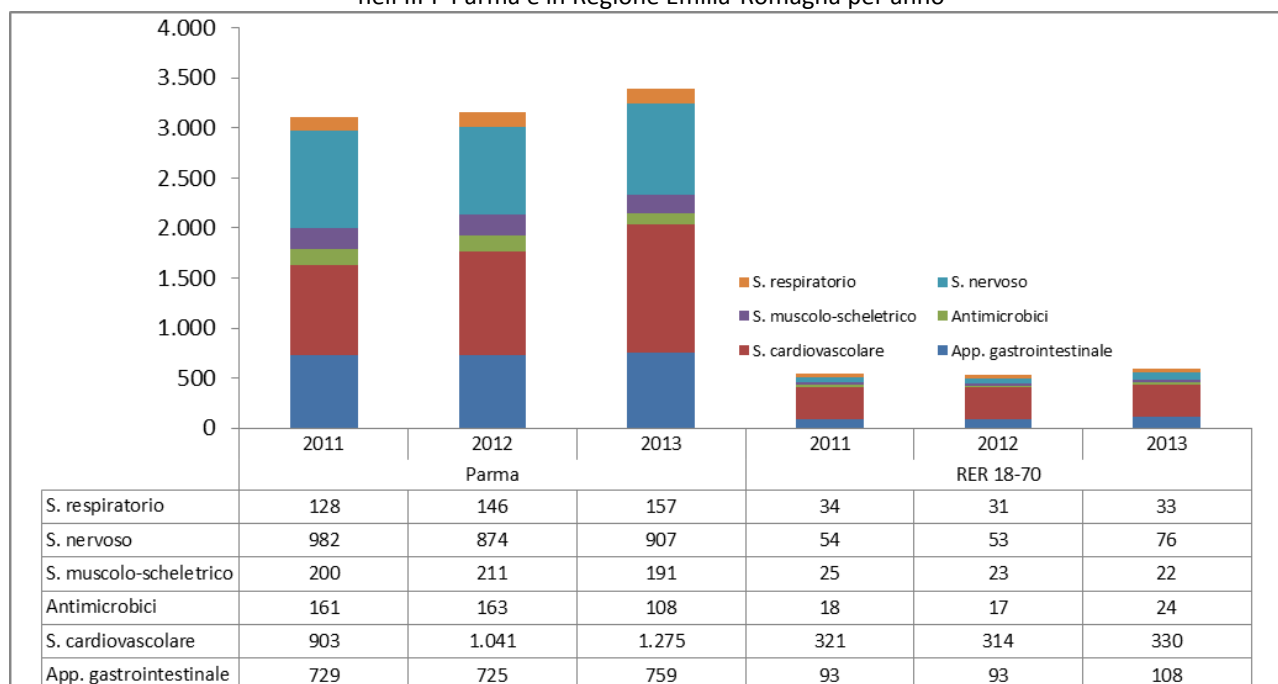
Si tratta di primi elementi di osservazione, che saranno completati in maniera più dettagliata in futuro.

Il consumo di farmaci è un ulteriore indicatore indiretto delle condizioni di salute della popolazione. Il grafico sottostante – ricavato sempre sui dati dell'IIPP di Parma, rende esplicito quanto il ricorso ai farmaci delle persone detenute sia nettamente più elevato rispetto alla popolazione totale della Regione Emilia-Romagna. In particolare è possibile desumere tre elementi:

- il consumo dei farmaci è in linea con le diagnosi riscontrate tra i detenuti (vedi grafico precedente);
- i consumi maggiori riguardano le patologie dell'apparato digerente, del sistema cardiocircolatorio e del sistema osteomuscolare;
- la popolazione detenuta, mediamente più giovane rispetto alla popolazione dell'Emilia-Romagna, presenta condizioni di salute più problematiche. La disuguaglianza è quindi non solo sulle condizioni socio-economiche, ma anche sulla salute.

Le patologie prevalenti sono ad alto impatto socio-economico-sanitario e lo saranno ancora in uno scenario futuro. Di fatto la salute dei detenuti è un problema di salute pubblica; la prevenzione – in tutti i suoi aspetti – rappresenta uno strumento fondamentale per i servizi sanitari penitenziari.

Fig. 42 Confronto: consumo di farmaci (DDD * 1.000 assistiti/die) nell'IIPP Parma e in Regione Emilia-Romagna per anno



Le patologie croniche, i fattori di rischio e la promozione degli stili di vita sani

I professionisti sanitari che operano negli Istituti penitenziari (medici, infermieri, specialisti, psicologi) partecipano, secondo priorità determinate con il PAI, a definire le condizioni di salute della persona detenuta ed a valutare insieme come e quanto sia modificabile la lista dei fattori di rischio, che possono aver concorso a determinare la precarietà dello stato di salute o possono aggravarla ulteriormente.

Un obiettivo da raggiungere è l'individuazione del bisogno per **diversificare gli interventi assistenziali sia nel detenuto sano, che in quello coinvolto in particolare da patologie croniche**³⁹.

³⁹ A. Santullo , P. Chiari. (2011) *Lo scenario e i principi*. In P. Chiari & Santullo *L'Infermiere Case Manager dalla teoria alla prassi*, McGraw-Hill, pp. 3-38

A tal fine la Regione Emilia-Romagna provvederà alla produzione di linee di indirizzo regionali specifiche per le patologie prevalenti in carcere, sulle quali elaborare progetti formativi dedicati, in un'ottica di prevenzione e modifica rispetto a fattori di rischio evidenti.

I professionisti concorrono inoltre, al fine di favorire un approccio culturale teso a **valorizzare gli interventi di prevenzione o modifica dei comportamenti a rischio** o ancora di presa in carico, può concorrere, anche rispetto alle patologie croniche trattate, ad una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica.

Nell'ambito della **promozione di stili di vita salutari** e con l'intenzione che il regime carcerario non sia esso stesso causa di malattia anche attraverso la sedentarietà e fumo attivo/passivo, i professionisti si occupano di promuovere l'attività fisica e sportiva a tutti i livelli, valutando da un punto di vista anamnestico/clinico/strumentale le persone e finalizzando la valutazione alla possibilità del carcerato di prendere parte ad attività fisiche per la salute, compatibilmente con le disponibilità presenti nell'Istituto, o eventualmente promuovendone l'organizzazione.

La formazione

Per la diffusione delle linee guida regionali contenute nella Circolare n.15 del 9/11/2012 della DG Sanità e Politiche sociali "Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute", profondamente innovative, la Regione Emilia-Romagna ha finanziato un **corso di formazione per tutto il personale sanitario che svolge attività negli Istituti penitenziari** emiliano-romagnoli. Il percorso formativo coordinato dalla Regione, è iniziato nel 2012 e si è svolto nel corso di tutto il 2013.

9.4 La medicina specialistica e la strumentazione

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

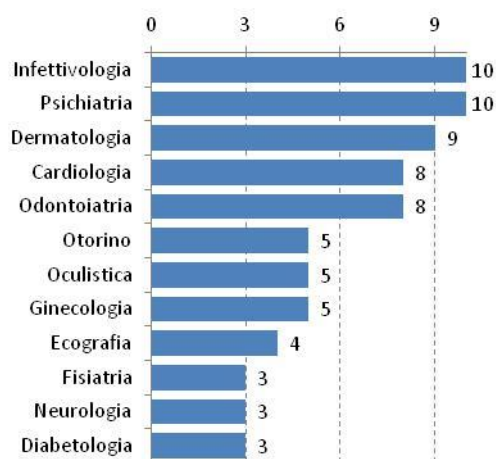
E' inoltre richiesta la disponibilità in Istituto di specialisti in:

- Ginecologia (ove presente una sezione femminile)
- Cardiologia

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. 43 Discipline specialistiche presenti negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2013



Nel 2013 in tutti gli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna, come da elenco precedente, sono presenti le discipline specialistiche relative ad **infettivologia e psichiatria**.

Tra le principali branche, 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 altre discipline presenti solo negli Istituti di medie e grandi dimensioni della regione. A Bologna, Parma, Modena e Piacenza sono presenti l'otorinolaringoiatria (anche a Ferrara), l'oculistica e la radiografia (anche a Reggio Emilia) e l'ecografia.

Gli Istituti con sezione femminile che dispongono della ginecologia sono Bologna, Reggio Emilia, Modena e Piacenza. Altre discipline specialistiche sono presenti in tre o meno Istituti, come dettaglio della tabella successiva.

Tab. 49 Discipline specialistiche presenti negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2013

Specialità	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Castelfranco	Bologna	Ravenna	Ferrara	Forlì	Rimini	Istituti con specialità
Infettivologia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Psichiatria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Dermatologia	x	x	x	x		x	x	x	x	x	9
Cardiologia	x	x	x	x		x	x	x	x		8
Odontoiatria	x	x	x	x		x		x	x	x	8
Radiografia	x	x	x	x		x					5
Otorino	x	x		x		x		x			5
Oculistica	x	x	x	x		x					5
Ginecologia	x		x	x		x			x		5
Ecografia	x	x		x		x					4
Fisiatria		x		x					x		3
Neurologia	x	x					x				3
Diabetologia	x	x		x							3
Chirurgia	x	x									2
Ortopedia	x	x									2
Pneumotisiologia		x						x			2
Ostetrica	x					x					2
Fisiokinesiterapia		x							x		2
Igiene	x								x		2

A Parma sono presenti anche Elettromiografia, Neurochirurgia, Urologia, Gastroenterologia e Nutrizionista

A Bologna è presente anche Ortodonzia

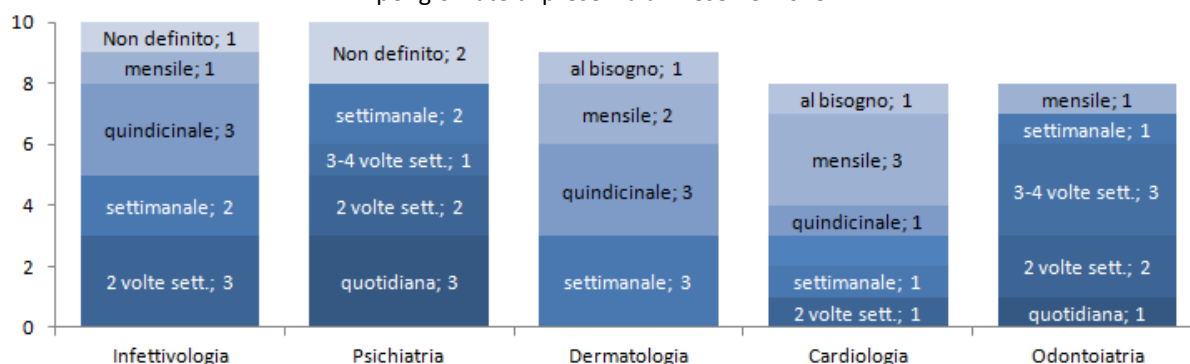
Per le specialità più diffuse si riportano di seguito le ore erogate mensilmente per ciascuna tipologia di prestazione specialistica.

Tab. 50 Ore erogate al mese per le discipline specialistiche presenti negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2013

Specialità	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Castelfranco	Bologna	Ravenna	Ferrara	Forlì	Rimini
Infettivologia	10	30	8	40	16	40	8	12	10	12
Psichiatria	260	120	12	120	24	264	32	120	20	48
Dermatologia	6	6	6	5		16		8	4	4
Cardiologia	6	24	8	4		12		12	4	
Odontoiatria	60	96	16	48		72		40	8	24

In merito alle specialità maggiormente diffuse, la **psichiatria** è presente quotidianamente in Istituto a Piacenza, Parma e Modena, nei rimanenti una (2 sedi) o più volte (3 sedi) alla settimana. L'**infettivologia** è disponibile a Parma, Modena e Castelfranco e Bologna una o più volte a settimana, negli altri Istituti ha cadenza quindicinale (3 sedi) o mensile (1). La **dermatologia** è fruibile settimanalmente a Modena, Bologna e Ferrara, due volte al mese (3 sedi) oppure una sola volta (2 sedi).

Fig. 44 Principali specialità presenti negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna per giornate di presenza al mese nel 2013

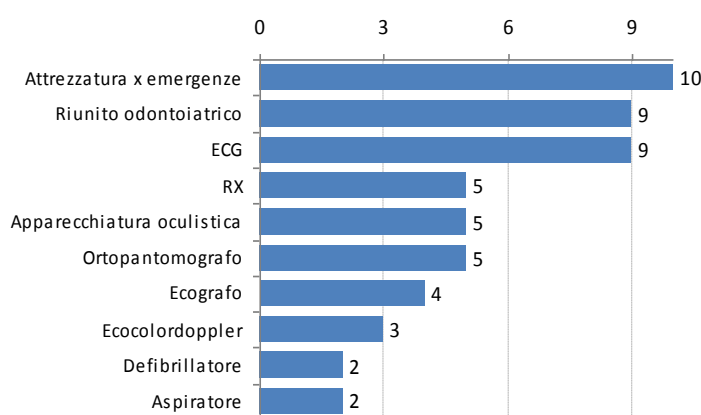


L'**odontoiatria** ha solitamente cadenza almeno settimanale, ed è più frequente a Parma (quotidiana), seguita da Piacenza, Modena e Ferrara (3 volte la settimana) e Forlì e Rimini (2 volte). A Reggio Emilia è disponibile mensilmente. La **cardiologia** ha invece una presenza più dilatata, almeno mensile. Nelle strutture di grandi dimensioni la distanza è più ravvicinata (a Parma 2 volte a settimana, a Bologna 1 volta a settimana) così come a Ferrara (3 volte al mese ed a Forlì (2 volte al mese). A Ravenna si accede al bisogno.

A Parma numerose altre specialità (ecografia, fisiatria, radiografia, neurologia, chirurgia, diabetologia e gastroenterologia) sono disponibili almeno settimanalmente, così come a Bologna (radiografia, oculistica) e Piacenza (ecografia). Le altre hanno intervallo di erogazione superiore.

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.

Fig. 45 Numero di Istituti dell'Emilia-Romagna per tipo di strumentazione nel 2013



Negli Istituti di medie e grandi dimensioni: Piacenza, Parma, Modena e Bologna vi sono inoltre l'RX, l'apparecchiatura oculistica, l'ecografo ed l'ecocolordoppler (quest'ultimo non a Bologna). I primi due sono invece presenti anche a Reggio Emilia.

L'ortopantomografo, RX endorale per ODT o Radiologico per endorale sono presenti oltre a Piacenza, Parma e Reggio Emilia, in Istituti di dimensione più piccola (Castelfranco, Forlì).

Inoltre almeno due Istituti dispongono di defibrillatore e aspiratore.

Gli Istituti di Parma hanno inoltre in dotazione C-PAP/B-PAP, gastroscopio, Holter – ECG, concentratore ossigeno, pancolonscopio, aspiratore secrezioni faringe, rinolaringoscopia, EMG e

dispongono di locali attrezzati per fisiokinesiterapia. In tutti le realtà regionali è infine presente l'attrezzatura per emergenze. Di seguito il dettaglio della strumentazione per Istituto.

Tab. 51 Strumentazione presente negli Istituti dell'Emilia-Romagna nel 2013

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
Riunito odontoiatrico	x	x	x	x	x	x	x		x	x	9
ECG	x	x	x	x	x	x	x		x	x	9
RX	x	x	x*	x		x					5
Apparecchiatura oculistica	x	x	x	x		x					5
Ortopantomografo **	x	x	x		x				x		5
Ecografo	x	x		x		x					4
Ecocolordoppler	x	x		x							3
Defibrillatore	x									x	2
Aspiratore	x									x	2

* Disponibile presso OPG

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

Parma C-PAP/B-PAP, GastroscoPIO, Holter – ECG, Concentratore Ossigeno, PancolonscoPIO, Aspiratore secrezioni

10. Risorse finanziarie

Tab. 52 RIPARTO 2013 - SANITA' PENITENZIARIA

Azienda USL	Riparto Sanità Penitenziaria 2013	Progetto salute mentale in carcere 2013		DGR 2108 del 2013	
		Creazione équipe psichiatrica negli Istituti penitenziari	Reparto Osservazione Psichiatrica	Acconto integrazione Sanità Penitenziaria	Totale Riparto 2013 (quota FSN)
Piacenza	€ 654.510,38	€ 80.000,00	€ 100.000,00	388.663,00	€ 1.223.173,38
Parma	€ 1.365.509,12	€ 80.000,00		€ 810.869,00	€ 2.256.378,12
Reggio Emilia	€ 3.256.925,30	€ 200.000,00		€ 1.934.033,00	€ 5.390.958,30
Modena	€ 1.197.649,66	€ 100.000,00		€ 711.190,00	€ 2.008.839,66
Bologna	€ 1.592.376,60	€ 200.000,00		€ 945.588,00	€ 2.737.964,60
Ferrara	€ 913.241,50	€ 80.000,00		€ 542.303,00	€ 1.535.544,50
Ravenna	€ 166.278,69	€ 30.000,00		€ 98.740,00	€ 295.018,69
Forlì	€ 328.930,39	€ 45.000,00		€ 195.325,00	€ 569.255,39
Rimini	€ 559.578,36	€ 50.000,00		€ 332.289,00	€ 941.867,36
Cesena				€ 41.000,00	€ 41.000,00
Totale	10.035.000,00	€ 865.000,00	€ 100.000,00	€ 6.000.000,00	17.000.000,00

La proposta di **riparto del Ministero della Salute della quota destinata al finanziamento della Sanità penitenziaria** inviata alle Regioni in data 17 dicembre 2013 prevede per la Regione Emilia-Romagna un'assegnazione pari ad € 11.022.943,00;

Preso atto dei costi che le Aziende sanitarie hanno imputato nell'esercizio 2012 ai centri di costo riferiti alla "Assistenza sanitaria nelle carceri" e alla "Assistenza sanitaria ai tossicodipendenti internati o detenuti" **la Regione Emilia-Romagna ha destinato per l'anno 2013 alla Sanità penitenziaria l'importo complessivo di 17 milioni di euro**, provvedendo a coprire con proprie risorse le spese sostenute dalle aziende USL.

Con la **DGR n. 2108 del 30/12/2013**, avente ad oggetto "Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013: riparti e assegnazioni a favore degli enti del Servizio Sanitario Regionale", si assegna alle Aziende USL complessivi € 6.000.000,00, 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. 2109 del 30/12/2013** è stata finanziata la quota vincolata per la Sanità penitenziaria per un importo complessivo pari ad € 11.000.000,00:

- quanto ad euro € 10.035.000,00, in continuità con i criteri di cui deliberazione n. 2192/2010 e 2039/2011, n. 2082/2012 ed in relazione ai costi 2012;
- 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.

11. La salute mentale

11.1 Aspetti generali

Nell’ambito dell’attuazione del programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari (DGR 2/2010), particolare attenzione è rivolta all’ambito psichiatrico per la presenza di tali patologie all’interno degli IIPP maggiore che tra la popolazione libera, e per lo stato di sofferenza e disagio che accompagna necessariamente la privazione della libertà.

Pertanto gli interventi in questo settore sono stati oggetto di particolare riflessione e di **risorse finanziarie dedicate; in particolare per la creazione di équipe psichiatriche** negli IIPP (v. capitolo sulle risorse finanziarie).

Un Gruppo di lavoro specifico, dedicato ad evidenziare le criticità e le esigenze riferite al contesto, ha lavorato per la definizione del nuovo programma di salute nelle carceri; si è proseguito nella definizione di un approccio che consenta il passaggio da una attività di tipo consulenziale a quella di presa in carico vera e propria, attraverso la costituzione, all’interno di ogni Istituto penitenziario, di mini équipe psichiatriche e l’adeguamento ai prodotti offerti dai CSM a livello territoriale.

Nel corso del 2013 si è concluso il **Corso di formazione “Psichiatria nei contesti penitenziari”**, in collaborazione con il DSM-DP dell’AUSL di Bologna, rivolto ai professionisti, psicologi e psichiatri, che lavorano negli IIPP della Regione, al fine dell’acquisizione delle competenze di base nelle discipline criminologiche, giuridiche e sociali oltre allo sviluppo di competenze medico-legali specifiche per il particolare contesto in cui si opera. Hanno partecipato 54 professionisti; il corso ha destato molto interesse per la esigenza riscontrata di acquisire specifiche competenze e operare un confronto tra professionisti stessi.

Nell’ambito dello sviluppo del settore, è presente in regione il **Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) di Piacenza**, con specifico progetto, e relativo finanziamento regionale, per l’espletamento dell’osservazione psichiatrica (art.112 DPR 230/2000), necessaria in alcuni casi per approfondire il quadro diagnostico, secondo le indicazioni dell’Accordo in C.U. del 13/10/2011, che recita: “l’implementazione per la tutela della salute mentale negli IIPP prevede che ogni regione deve avere almeno una sezione in un Istituto penitenziario per rispondere a tale necessità, esclusivamente per i detenuti della propria regione”. Detto reparto è entrato in funzione il 17/09/2012; stante la novità di tale progettazione, la stessa è ampiamente descritta nel paragrafo successivo.

Il servizio di **salute mentale è presente in tutti gli Istituti penitenziari e dispone di 19 psichiatri**, che erogano prestazioni per oltre 290 ore mensili. A Piacenza si registra il numero più elevato di

psichiatri, pari a 4, per la presenza di uno specifico Reparto di Osservazione Psichiatrica (v. capitolo ROP). Parimenti il numero di ore settimanali più elevato si registra a Piacenza (65 ore), ed a Bologna (66). Il servizio opera in Istituto in tutti i giorni feriali - compreso il sabato - a Piacenza, Modena e Bologna ed – escluso il sabato – a Parma. Segue Ferrara con 4 giorni di presenza la settimana.

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).

In molti Istituti della regione è inoltre attivo il **servizio di assistenza psicologica**. All'interno degli Istituti Penitenziari sono presenti psicologi dell'Amministrazione Penitenziaria che espletano funzione di consulenza su richiesta dell'Amministrazione stessa, come previsto dall'ordinamento penitenziario (L 354/75) ⁴⁰. Tali professionisti sono, quindi, inseriti nel Gruppo di osservazione e trattamento (art 13 O.P. e artt. 27 e 28 del Reg Esec.) e non nel Servizio sanitario.

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 Penitenziari regionali, attraverso iniziative locali e realizzazione di specifici progetti**, spesso condivisi dall'AP con i SerT, e da questi finanziati, per rispondere a bisogni anche di persone non tossicodipendenti, soprattutto riguardo all'accoglienza del detenuto nuovo giunto.

Dal DPCM 1/04/08 ad oggi, è stato, quindi, necessario avviare una riflessione sulle caratteristiche dei Servizi Psicologici presenti all'interno delle carceri della regione, al fine di stimare l'esistente e valutare le esigenze riscontrate e relative indicazioni di lavoro, omogenee, verso cui tendere.

I **professionisti dell'assistenza psicologica attualmente sono in totale 13**, ed in alcune realtà è presente più di un operatore (sono 2 a Piacenza, 3 a Parma e 4 a Modena). Essi svolgono attività per 264 ore la settimana (da un minimo di 24 ore a Reggio Emilia ad un massimo di 59 a Parma) ed in quasi tutte le realtà operano tutti i giorni feriali escluso il sabato. E' 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; a Ferrara l'operatore non è dedicato esclusivamente, e si occupa anche del servizio nuovi giunti e del SerT.

Tab. 53 Professionisti e attività del servizio di salute mentale e assistenza psicologica negli Istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna nel 2013

SALUTE MENTALE E ASSISTENZA PSICOLOGICA	Psichiatri			Psicologi		
	Numero professionisti	Numero professionisti	Numero di ore / settimana	Numero gg presenza /settimana	Numero di ore / settimana	Numero gg presenza /settimana
Piacenza *	4	4	65	2	32	5
Parma	3	3	30	3	59	5
Reggio Emilia **	2	2	12	1	24	6
Modena	2	2	31	4	48	5
Castelfranco	1	1	6	-	-	-
Bologna	3	3	66	-	-	-
Ferrara ***	1	1	30	n.d.	n.d.	n.d.
Ravenna	1	1	8	1	30	4
Forlì	1	1	20	1	38	5
Rimini	1	1	24	1	33	5

* 3 sono prevalentemente dedicati all'équipe del ROP

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

*** Il servizio di psicologia è presente, ma opera indistintamente anche sulle tossicodipendenze e sull'accoglienza dei nuovi giunti

⁴⁰ All'art. 80 recita: "Per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica, corrispondendo ad essi onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate."

11.2 ROP (Reparto di Osservazione psichiatrica)

AUSL Piacenza – Casa Circondariale 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.

E' 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 questi primi mesi di attività del ROP è 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.

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 2013 sono pervenuti al ROP di Piacenza **35 casi da quasi tutti gli Istituti dell'Emilia-Romagna**, ed in particolare da quelli di Modena (9 dalla CC, 2 dalla CR di Castelfranco), da Parma (7) e da Rimini (6).

Tra essi Inoltre sono stati presenti 4 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. 46 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per Istituto di provenienza

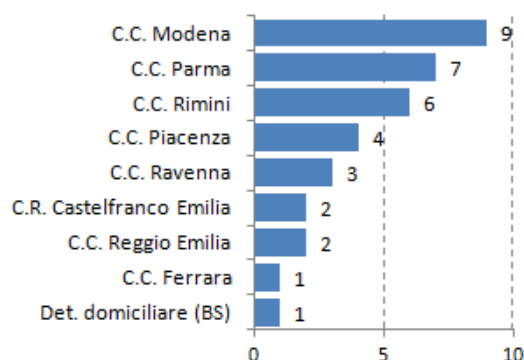


Fig. 47 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per posizione giuridica



L'utenza del ROP è composta da **individui nelle classi di età adulta**, tra i quali 7 giovani nelle età fino a 25 anni e 8 nelle età più mature oltre i 45 anni. **Oltre la metà di essi ha cittadinanza straniera** (20 casi, 57% del totale), in particolare dai Paesi dell'Africa (12 nel complesso, dei quali 6 casi del Marocco, 4 della Tunisia e 2 della Nigeria) e dall'Est-Europeo (5 casi, tra i quali 2 albanesi).

Sotto l'aspetto giuridico, i detenuti in osservazione si dividono per **quasi una metà con sentenza definitiva** (15 casi, dei quali 4 misti con definitivo), 8 tra appellanti e ricorrenti (l'una, l'altra o entrambe le condizioni), 6 in attesa di primo giudizio e 5 internati.

Fig. 48 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per classi di età

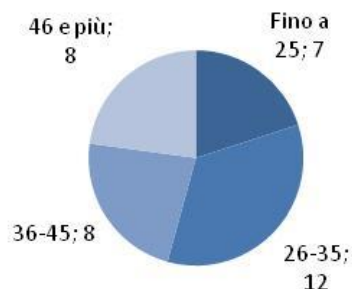
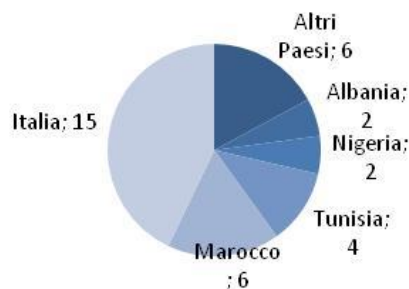


Fig. 49 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per Paese di cittadinanza

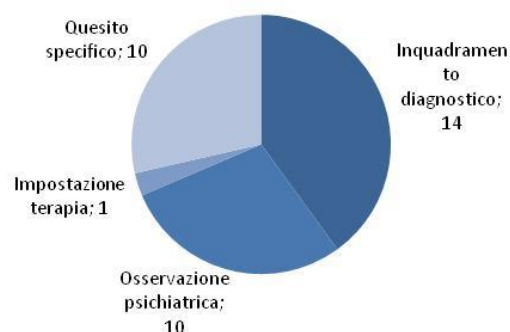


Per i 35 l'invio al ROP è stato **effettuato quasi sempre mediante ordinanza del Magistrato** (33 casi su 35), tra i quali 20 senza pregressa proposta d'invio, 2 con pregressa proposta, 5 previo contatto telefonico degli psichiatri da parte degli psichiatri invianti. In 3 ulteriori casi, l'accesso è avvenuto su richiesta dell'Ufficio del Capo di Gabinetto del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia.

L'accesso al ROP viene previsto per **rispondere a diverse tipologie di richiesta**: per un inquadramento diagnostico generale (14 casi), per un periodo di osservazione psichiatrica (10) e per impostare una terapia (1).

Per i rimanenti 10 detenuti, era invece individuato uno specifico quesito diagnostico da verificare, tra i quali: disturbi di personalità, psicotici ed affettivi, depressione, ansia reattiva, disturbi dell'adattamento, disturbi di personalità emotivamente instabile, manifestazioni psicotiche insorte in acuto, disturbi deliranti, scompensi maniacali acuti, o con umore delirante e fittizio.

Fig. 50 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per quesito diagnostico



Tra le caratteristiche all'ingresso, si registra inoltre che buona parte di essi (24 casi) avevano già una **terapia in corso nel carcere di provenienza**, mentre la tossicodipendenza è dichiarata da circa la metà dei detenuti (16 casi).

Fig. 51 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per dichiarazione di tossicodipendenza

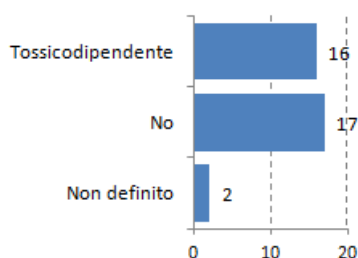
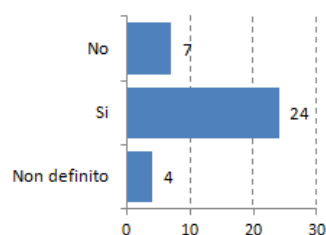


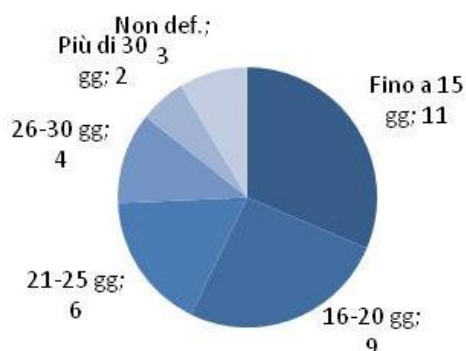
Fig. 52 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per terapia in corso nel carcere di provenienza



Oltre ad un'attività strettamente sanitaria, il personale ha contribuito anche all'organizzazione complessiva, la permanenza all'interno del ROP ha previsto anche attività di **accompagnamento all'aria** (19 casi su 35) e di utilizzo di altre attività (gioco a carte, puzzle, disegno (5). **Test psicologici** sono stati somministrati in soli 7 casi, ma tale strumento non è stato spesso utilizzato

per diversi motivi. In alcuni casi sono stati, ad esempio, ritenuti non essenziali, rifiutati dal soggetto oppure non somministrabili per difficoltà linguistiche.

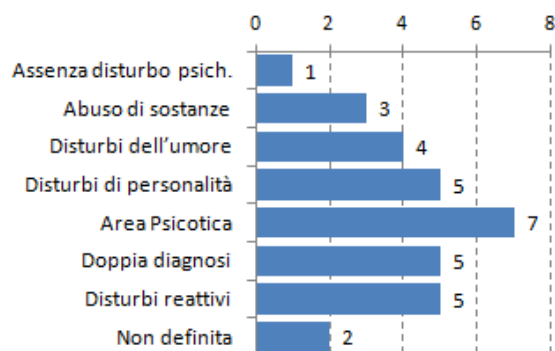
Fig. 53 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per durata dell'osservazione



La **durata dell'osservazione** per quasi un terzo dei casi è stata uguale o inferiore ai 15 giorni (31%; 11 casi). Altri 9 (26%) hanno prolungato la permanenza fino a 20 giorni, e 6 (29%) fino ai 30 giorni. In due casi si è ritenuto di necessario chiedere il rinnovo dell'ordinanza oltre i 30 giorni previsti dal ROP.

Durante l'osservazione si è inoltre previsto il ricorso a **diagnostica strumentale** per 9 tra i detenuti ospitati, in particolare ECG (4), EEG (3), RMN encefalica (2), esami ematici (2) e TC encefalo (1). Tale ammontare poteva essere superiore, per via di richieste effettuate su soggetti che hanno poi rifiutato, scarcerazioni e valutazioni ancora in corso.

Fig. 54 Detenuti pervenuti al ROP di Piacenza per diagnosi alla dimissione



Al momento della dimissione, per alcuni detenuti è stata individuata una sola diagnosi (abuso di sostanze 3 casi, disturbi dell'umore 4 casi, disturbi di personalità 5 casi, oppure appartenenti all'area psicotica 7 casi).

A 5 pazienti sono stati attribuiti disturbi reattivi, mentre per altrettanti non è possibile stabilire una sola diagnosi prevalente. Per un solo detenuto l'invio è risultato improprio, con assenza di disturbi psichiatrici.

11.3 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 al marzo 2013 sono stati accolti 61 pazienti, con un'età media di 44 anni. Le imputazioni erano per la maggioranza dei casi reati sulla persona, omicidio o tentato omicidio, seguite da lesioni gravi, danneggiamenti e rapine e *stalking*. Dei 45 dimessi dalla struttura 7 sono rientrati in OPG o in carcere, 5 sono stati dimessi a domicilio; 27 sono stati inseriti in una residenza per pazienti psichiatrici generici, 3 in gruppo appartamento, 1 in una residenza semiprotetta, 1 è in allontanamento, 1 è deceduto. Nel corso del 2013 si sono avuti 7 ingressi e 6 dimissioni, cui si aggiungono ulteriori 2 ingressi ed una dimissione nei primi 3 mesi del 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.

E' 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.

Tab. 57 Pazienti per DSM di riferimento al 31.3.2014

Piacenza	4
Parma	2
Reggio Emilia	1
Modena	8
Bologna	15
Imola	3
Ferrara	6
Ravenna	4
Rimini	8
Forlì	4
Cesena	4
Piacenza	4

Fig. 55 Pazienti per tipologia di reati commessi

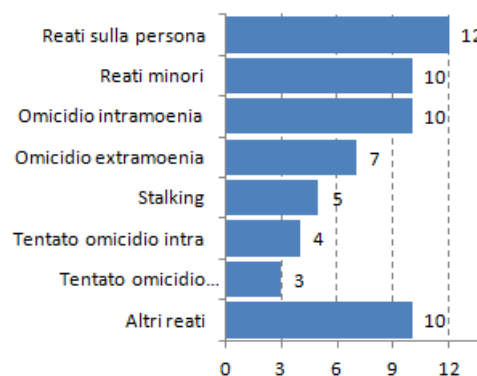


Fig. 56 Numero di diagnosi

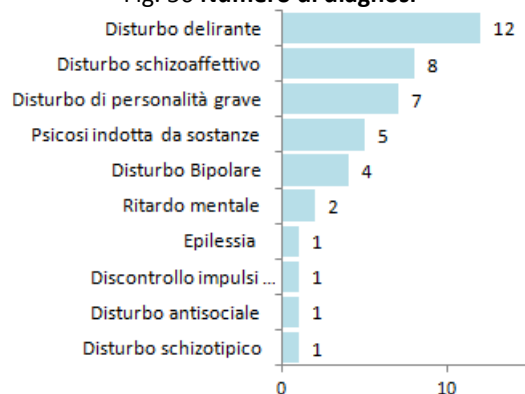


Fig. 57 Dimissioni per tipologia

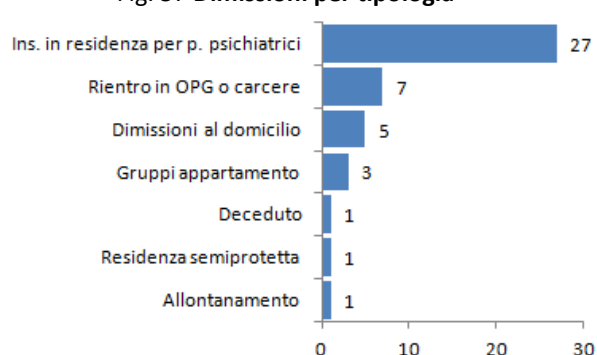
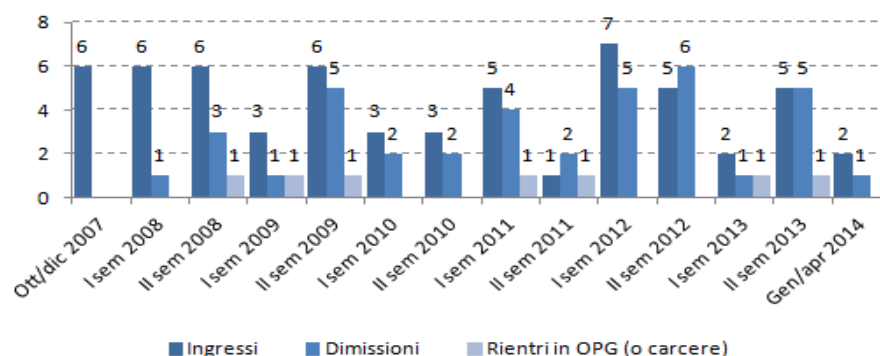


Fig. 58 Ingressi e dimissioni dall'apertura



11.4 La residenza "l'Arcipelago"

Un'esperienza alternativa di presa in carico di detenuti, con diversa posizione giuridica, che presentano problematiche di tipo psichiatrico è rappresentata dalla residenza a Trattamento Intensivo "Arcipelago". una **struttura per breve degenza** dell'Azienda USL di Bologna. Funzionalmente è una Unità Operativa Semplice che afferisce all' Unità Operativa Complessa Residenze all'interno dell'area Residenze Psichiatriche 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, ed accoglie **utenti inviati prevalentemente dagli SPDC e dai CSM dell'AUSL di Bologna, 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' UOS Arcipelago 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

Dall'inizio del 2012 a fine 2013 sono stati accolti in struttura 13 pazienti detenuti (con o senza piantonamento), 5 provenienti direttamente dall'OPG e 13 in attesa di perizia o provenienti dal domicilio o da altre strutture e sottoposti a misura di sicurezza non detentiva.

11.5 La prevenzione del rischio suicidario

Nelle linee-guida emanate nel 2007 "La prevenzione del suicidio nelle carceri"⁴¹, l'OMS 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**.

⁴¹ WHO (2007) "La prevenzione del suicidio nelle carceri",
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595506_ita.pdf

Ciò ha consentito di individuare **gruppi ad alto rischio e, tra questi, 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”.

In merito agli eventi critici verificati negli Istituti penitenziari dell’Emilia-Romagna, tra i quali i suicidi, sono riportati alcuni dati nella sezione della presente relazione (v. capitolo suicidi).

L’Accordo approvato in Conferenza Unificata Stato-Regioni ⁴² in data 19/01/2012 impegna le Regioni, l’Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile a costituire un **gruppo di lavoro tecnico-scientifico** interistituzionale, composto da operatori sanitari e operatori penitenziari con il compito di elaborare un **programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario** in carcere e nei servizi minorili, tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell’OMS.

Accogliendo tali indicazioni, la Regione Emilia-Romagna d’intesa con il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria per l’Emilia-Romagna ed il Centro per la Giustizia Minorile di Bologna, ha costituito il gruppo di lavoro “Rischio suicidario in carcere” ⁴³. In un’ottica di collaborazione interistituzionale, il gruppo nel 2013 ha svolto una **serie di incontri** al fine di redigere un programma specifico che prevede la definizione di **specifiche modalità operative ed organizzative di intervento** nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto.

I punti salienti dello schema generale, che dovranno essere riportati alle caratteristiche strutturali ed operative dei vari Istituti in modo da rendere effettivamente praticabile una procedura di prevenzione, riguardano: l’ingresso in carcere ed il suo impatto emotivo, il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti, la gestione dei casi a rischio, l’alloggiamento, la disponibilità di oggetti pericolosi, la relazione con la famiglia ed il mondo esterno, l’ascolto ed il supporto tecnico, le comunicazioni e la fase di dimissione.

Tale Gruppo di lavoro è stato ricompreso all’interno del più ampio Gruppo di lavoro regionale per **“la prevenzione delle condotte suicidarie nella popolazione a rischio: studio pilota”** ⁴⁴. Tale gruppo, coordinato dall’Azienda USL di Forlì, ha operato seguendo l’ipotesi metodologica di individuare aree tematiche per sottogruppi, differenziati a seconda dei diversi piani di intervento di prevenzione sanitaria: ospedale, territorio e carcere. La definizione delle linee guida risulta di non facile attuazione per la complessità del tema e la difficoltà di integrare le competenze delle due Amministrazioni coinvolte nel rispetto delle proprie competenze ed ambiti di intervento.

12. Il programma complessivo per il superamento degli OPG

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) prevede una progettazione complessiva di attività, in cui si inserisce la **costruzione delle Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)**, così come indicato dalla L.9/2012 e seguenti modifiche, che prevede tempi e modalità per la chiusura degli stessi. Con decreto-legge 31/03/2014, n. 52 recante “Disposizioni urgenti in

⁴² Accordo Conferenza Unificata Stato-Regioni in data 19/1/2012 sulle “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_16_1.wp?previousPage=mg_14_7&contentId=NEW731797

⁴³ Il gruppo di lavoro Interistituzionale è costituito con Determinazione n. 7041/2012 del DG Sanità e Politiche sociali

⁴⁴ Determinazione n. 15582 del 29/11/2011 del DG Sanità e Politiche sociali

materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari” il termine di chiusura degli OPG è stato prorogato al 31/03/2015.

Il Programma complessivo avviato dalla Regione Emilia-Romagna, in attuazione dell'allegato C al DPCM 1/04/2008, comprende una serie di **interventi specifici che tendono ad incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale** dei pazienti internati provenienti dagli OPG.

Tale programma vede l'**Azienda USL di Reggio Emilia** capofila per la realizzazione della nuova struttura (REMS) che sarà edificata in quel territorio, e con un coinvolgimento di tutte le Aziende USL regionali per garantire livelli adeguati di qualità assistenziale nell'attuale OPG di Reggio Emilia, per agevolare le dimissioni di utenti oggi ricoverati in OPG, per **contrastare lo stigma e il pregiudizio**.

Con Decreto del Ministero della Salute 9/10/2013 recante “Assegnazione alla regione Emilia Romagna delle risorse ripartite dal Decreto Interministeriale 28/12/2012” è stata assegnata la somma di Euro 6.989.036,61 per la realizzazione dell'intervento denominato “Realizzazione di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza – Azienda USL di Reggio Emilia”.

L'intervento prevede la **realizzazione di tre strutture sanitarie extraospedaliere, per complessivi 40 posti letto**, destinate ad accogliere le persone, di ambo i sessi, cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e dell'assegnazione a Casa di Cura e Custodia (CCC) residenti in Emilia-Romagna.

Con DGR n.971/2013 avente ad oggetto “Finanziamento per la realizzazione di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (decreto MDS del 28/12/2012). approvazione programma utilizzo risorse” si prevede l'utilizzo di € 3.152.948,85 per interventi in conto capitale presso strutture sanitarie regionali, volte ad incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e a favorire misure alternative all'internamento. Tale importo sarà disponibile subordinatamente all'adozione del relativo decreto del Ministero della Salute.

Con DGR n. 1604/2013 avente ad oggetto “Assegnazione e concessione a favore dell'AUSL di Reggio Emilia della quota di FSN 2013 riconosciuta alla Regione Emilia-Romagna per la realizzazione della struttura di superamento OPG ex art. 3- ter, comma 7, D.L. 211/2011 convertito con modificazioni nella Legge 9/2012” è stata assegnata a favore dell'AUSL di Reggio Emilia la somma di € 3.159.459,00 per il finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli OPG ⁴⁵.

Con DGR n. 2123/2013 si è preso atto che l'importo originario di € 3.159.459,00 assegnato alla Regione Emilia Romagna con deliberazione CIPE n. 15/2013 a titolo di concorso alla copertura degli oneri di parte corrente derivanti dal completamento del processo di superamento degli OPG, è stato rideterminato in € 2.900.958,00. Si è pertanto modificata la precedente deliberazione n. 1604/2013 riducendo l'assegnazione a favore dell'AUSL di Reggio Emilia per la gestione dei fondi di parte corrente per il completamento del processo di superamento degli OPG da € 3.159.459,00 a € 2.900.958,00.

I finanziamenti relativi agli oneri di parte corrente delle annualità 2012 e 2013 sono subordinati all'adozione dei decreti ministeriali di approvazione dei programmi assistenziali per il completamento del processo di superamento degli OPG.

Azioni intraregionali

- Gruppo di lavoro tra Regione Emilia-Romagna, OPG di Reggio Emilia, DSM-DP delle AUSL regionali per coordinare i percorsi di uscita degli internati dall'OPG, individuando l'offerta residenziale e i relativi programmi territoriali alternativi;
- circolare n. 10/2011 “Raccordo tra Struttura Operativa Complessa - Ospedale Psichiatrico

⁴⁵ L'anno precedente con DGR n.2164/2012 si era già provveduto ad un primo finanziamento a favore della AUSL di Reggio Emilia pari a € 2.182.899,00 per la medesima finalità.

Giudiziario di Reggio Emilia e Dipartimenti di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche per la presa in carico congiunta degli internati e favorirne le dimissioni”;

- tavolo di studio con la Magistratura di Sorveglianza e l’Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) per la definizione, l’applicazione e il monitoraggio delle misure di sicurezza dall’inizio alla fine del percorso giudiziario, al fine di facilitare la collaborazione delle istituzioni coinvolte, per quanto di rispettiva competenza, favorendo l’omogeneità territoriale dei percorsi delle persone prosciolte per vizio di mente e socialmente pericolose;
- 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; il responsabile della struttura si interfaccia con i referenti delle AUSL per le dimissioni, in modo da evitare che anche l’inserimento in questa struttura diventi stabile;
- finanziamenti dedicati al supporto di progettualità per internati in licenza finale esperimento o dimessi; oggi infatti moltissime residenze sanitarie o sociosanitarie accolgono persone provenienti dall’OPG mentre per altri vengono predisposti programmi territoriali;
- apertura di un Reparto di osservazione psichiatrica presso il Carcere di Piacenza (decorrenza 17/09/2012) per l’invio di detenuti delle carceri della Regione che necessitano di approfondimento di diagnosi psichiatrica, ad oggi svolto impropriamente presso l’OPG;
- attivazione presso l’AUSL di Bologna di una struttura residenziale sanitaria per detenuti che necessitano di perizia psichiatrica; tale struttura è stata potenziata per ridurre anche in questo caso invii impropri in OPG;
- conclusione del corso, biennale, di formazione in psichiatria forense del personale operante nei Servizi di Salute Mentale territoriali della Regione Emilia Romagna, in OPG e nelle future REMS, per favorire le competenze in materia di psichiatria forense e per sviluppare l’integrazione tra gli operatori dei Servizi del DSM-DP, la magistratura, l’UEPE e i periti.

Raccordo con le altre Regioni per favorire le dimissioni

- DGR 2021/2011 con la quale:
 - è stato recepito l’Accordo, approvato in data 13/10/2011 in sede di Conferenza Unificata, sul documento recante “Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle Case di Cura e Custodia di cui all’Allegato C al DPCM 1/04/2008”;
 - è stato approvato l’Accordo di programma tra le regioni Emilia-Romagna, Veneto, Marche, Friuli Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano in attuazione dell’accordo approvato in sede di conferenza unificata in data 13/10/2011.

Ulteriori attività programmate nel corso del 2013

- Progetti OPG/REMS. per garantire livelli adeguati di qualità assistenziale nell’attuale OPG di Reggio Emilia, per agevolare le dimissioni di utenti oggi ricoverati in OPG, per contrastare lo stigma e il pregiudizio e favorire l’implementazione delle future Residenze per l’esecuzione delle Misure di Sicurezza;
- progetto Formazione continua per sviluppare competenze professionali e garantire aggiornamento continuo agli operatori delle future REMS, delle altre residenze psichiatriche e dei DSM-DP;
- progetto Potenziamento DSM-DP per garantire ai Dipartimenti di salute mentale e Dipendenze Patologiche le adeguate risorse, sia di personale che per progetti di residenzialità e di reinserimento sociale;
- rafforzamento utilizzo di strutture residenziali sanitarie psichiatriche e socio-sanitarie (anche non specifiche per utenti autori di reato) il più possibile prossime ai servizi psichiatrici

competenti e con forte impegno nel reinserimento sociale dei pazienti.

Di seguito, alcuni dati relativi alla numerosità delle presenze in OPG al 31/12/2013 ed alle dimissioni dall'OPG nel corso del 2013.

Tab. 55 Presenze in OPG al 31.12.2013

Regione	Presenti	Licenza	Totale
BACINO			
Emilia-Romagna	34	28	62
Veneto	40	58	98
Trentino Alto Adige	6	6	12
Friuli Venezia Giulia	8	1	9
Marche	10	9	19
TOTALE AREA DI BACINO	98	102	200
EXTRABACINO			
Lombardia	34	11	45
Piemonte	6	4	10
Liguria	4		4
Toscana	3	1	4
Sicilia	2	1	3
Lazio	9	1	10
Campania	6	1	7
Valle d'Aosta	1		1
Sardegna	1		1
Puglia	4		4
Calabria	2		2
Abruzzo	1		1
TOTALE EXTRA BACINO	73	19	92
TOTALE	171	121	292

I dati sono riferiti agli internati e dei detenuti, seppur in numero limitato, ancora presenti in OPG

Tab. 56 Dimissioni di internati dall'OPG di Reggio-Emilia nel 2013

Motivo dell'uscita	numero usciti e luogo di invio
	1 Appartamento via Fantuzzi (RE)
	1 Casa Zacchera
	1 CT Villaggio del Fanciullo (RA)
Scarcerati con libertà vigilata	1 Trasl. MSD Arcipelago (BO)
	1 RTP per Giovani Psicotici (PC)
6	1 Villa Rosa (MO)
	6 Casa Zacchera
	1 Cooperativa Centofiori Montescudo (RN)
	3 CT Il Parco Meldola (FC)
	1 CT Nefesh (RE)
	1 CT Oasi Meldola (FC)
	1 CT S Leonardo (FC)
Licenza	14 1 CT Solida Trasparenza (MO)
Decesso	1
Totale	21

NB: i dati sono riferiti alle dimissioni dei soli internati

13. Le dipendenze

13.1 I detenuti con problematiche alcol-droga correlati

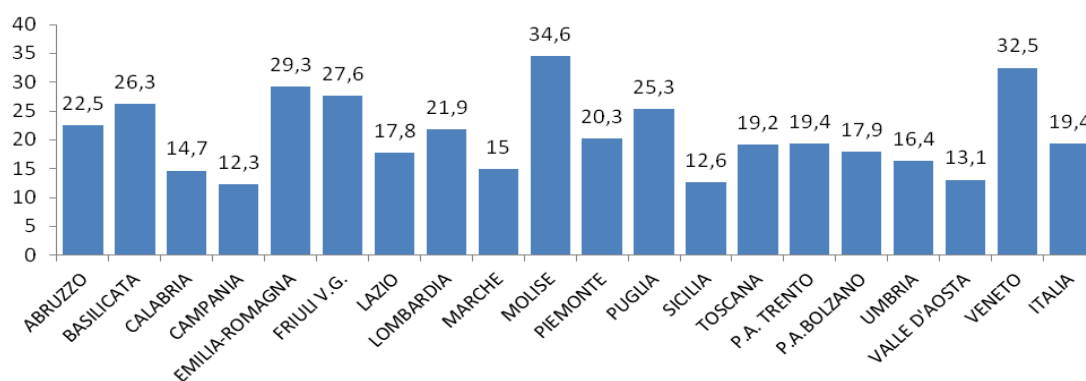
L'uso o abuso di sostanze psicotrope è un **fenomeno molto diffuso tra i detenuti**. I medici e i sanitari devono affrontare uno dei più importanti problemi di salute pubblica in carcere, sia dal punto di vista della salute delle persone, sia per le **implicazioni clinico-organizzative** che la cura di queste persone 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.

Analisi puntuale al 31 dicembre degli utenti con problematiche alcol o droghe correlate

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.

Il confronto nazionale è disponibile per ora solo su dati puntuali relativi al giorno 31/12/2011 (Relazione annuale al Parlamento 2012). Secondo tali dati, 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%. E' 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.

Fig. 59 Quota di detenuti con problemi droga correlati rispetto alla popolazione carceraria al 31/12/2011.
Confronto tra regioni



Fonte: Rappresentazione grafica su dati contenuti nella Relazione annuale al Parlamento anno 2012

Dai dati dello stesso flusso informativo inviati dai SerT relative al giorno 31/12 degli anni 2012 e 2013, emerge come le problematiche segnalate tra gli utenti detenuti erano prettamente inerenti l'uso di sostanze illegali: nel 2013 a fronte di 1.851 detenuti (in calo rispetto al 2012) con problematiche connesse con la droga (uso, abuso o dipendenza) vi erano **175 detenuti** (in aumento rispetto all'anno precedente) **per problematiche inerenti l'alcoldipendenza**. Il 64,9% 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

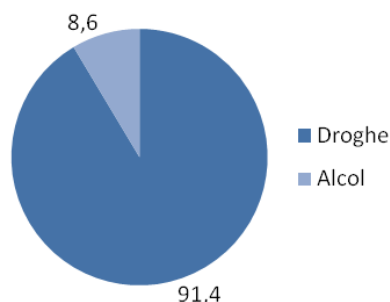
composta da utenti o che erano assuntori di sostanze senza dipendenza (3,8%) o ancora in fase di osservazione e diagnosi (22,6%).

In merito alla tipologia di sostanze assunte/dipendenza vi sono più considerazioni da fare che meglio definiscono il profilo e la specificità delle persone con dipendenza da sostanze ristrette in carcere. Il 31,5% dei soggetti con dipendenza da sostanze (**628 persone**) erano **poliassuntori**, cioè erano contemporaneamente dipendenti da più sostanze illegali d'abuso. Un secondo aspetto è relativo alla specificità della sostanza di uso/abuso che differenzia notevolmente l'utenza detenuta rispetto all'utenza complessiva SerT. **L'eroina o gli oppiacei in generale come sostanza primaria rappresentano il 52,9% delle sostanze d'abuso**, seguite dalla cocaina che rappresenta il 24,9%, mentre il 22,4% rappresentano altri tipi di sostanze d'abuso.

Tab. 57 Detenuti con problematiche connesse con la dipendenza.
Rilevazione puntuale al 31/12 degli anni 2012 e 2013 (Valori assoluti e %)

Tipologia dipendenza	2012		2013	
	v.a.	%	v.a.	%
Detenuti rilevati dal SerT con uso o dipendenza da droga	1.995	94,6	1.851	91,4
<i>di cui con dipendenza da sostanze</i>	1.579	74,9	1.315	64,9
<i>di cui assuntori di sostanze senza dipendenza</i>	101	4,8	78	3,8
<i>di cui ancora senza diagnosi formulata</i>	315	14,9	458	22,6
Detenuti con problematiche connesse con l'alcol	114	5,4	175	8,6
Totale con problemi alcol-droga correlati	2.109	100	2.026	100

Fig. 60 Tipologia della problematica connessa con l'uso/abuso di alcol o droghe (2013, 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 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 2013 in totale si contano **4.009 detenuti in trattamento presso i SerT** che hanno ricevuto almeno una prestazione, una ammissione in carcere o un

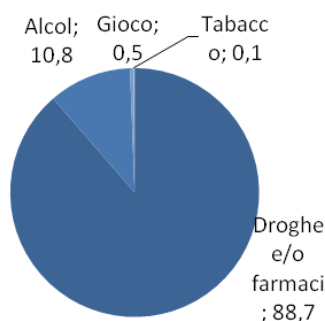
trattamento clinico-terapeutico. Nell'ultimo anno si nota una lieve flessione di utenza detenuta, nonostante l'accesso al servizio del SerT per questa tipologia di utenza sia nel suo complesso in aumento. La maggioranza delle persone detenute ha avuto **accesso al SerT per problematiche connesse con le droghe e/o farmaci non prescritti dal medico (3.554 nel 2013, pari al 18,6% del totale dell'utenza SerT con problemi connessi con le droghe)**. I detenuti con problemi alcol correlati sono stati 432, pari al 5,5% del totale dell'utenza con problemi alcolcorrelati. Molto meno numerosi sono i detenuti che hanno problemi di dipendenza connesse con il gioco d'azzardo patologico o tabagismo.

Tab. 58 Utenti detenuti in trattamento presso i SerT per area problematica (Anni 2010-2013, valori assoluti* e %)

Area Problematica / Utente detenuto o in carcere per periodi		Anno			
		2010	2011	2012	2013
Droghe e/o farmaci	Utenti detenuti	3.309	3.646	3.754	3.554
	% sul totale utenza SerT	16,8	18,5	19,7	18,6
Alcol	Utenti detenuti	355	345	383	432
	% sul totale utenza SerT	4,9	4,6	5,1	5,5
Gioco	Utenti detenuti	5	7	10	19
	% sul totale utenza SerT	1,0	1,1	1,2	1,7
Tabacco	Utenti detenuti	-	-	-	4
	% sul totale utenza SerT	-	-	-	0,3
Totale	Utenti detenuti	3.669	3.998	4.147	4.009
	% sul totale utenza SerT	100	100	100	100

* Sono conteggiate le persone che nel corso dell'anno hanno avuto accesso al carcere e/o una prestazione e/o un trattamento.

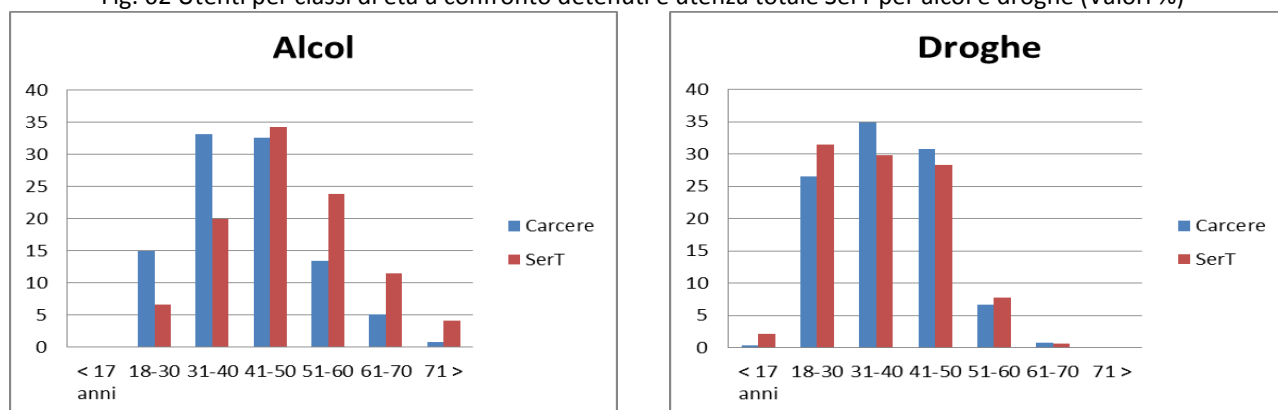
Fig. 61 Utenza SerT detenuta suddivisa per area problematica (2013, valori %)



L'utenza con problema di dipendenze detenuta differisce per alcuni aspetti sostanzialmente rispetto all'utenza SerT non detenuta. In primo luogo per le caratteristiche socio-anagrafiche: le persone con problemi alcolcorrelati e con età inferiore ai 40 anni sono il 48,1% nei SerT e il 26,1% tra i detenuti, mentre questa differenza non è così evidente tra coloro che hanno problematiche connesse con la droga, rispettivamente 61,7% e 63,4%.

In merito alla cittadinanza emerge come tra gli utenti con problematiche di dipendenza detenute vi sia una alta quota di persone provenienti da paesi africani (23,7%), soprattutto da Tunisia, Marocco e Algeria, rispetto agli utenti SerT che rappresentano il 4,1% del totale.

Fig. 62 Utenti per classi di età a confronto detenuti e utenza totale SerT per alcol e droghe (Valori %)



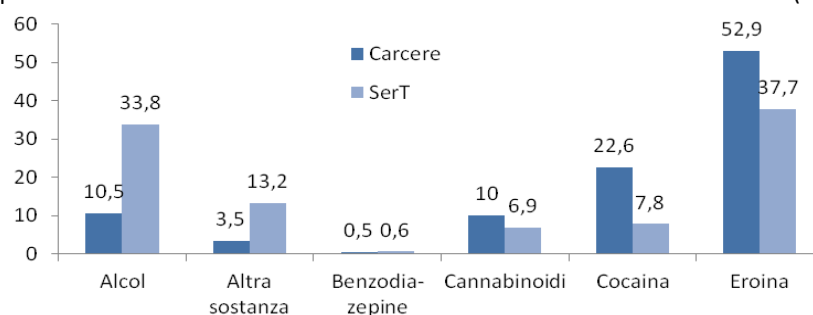
Tab. 59 Utenti per macroaree di cittadinanza confronto detenuti e utenza totale SerT (Valori %)

Cittadinanza	Carcere	SerT
Italia	68,3	89,9
Altri paesi europei	3,7	2,3
UE-Unione Europea	2,3	2,2
Oceania	0,1	0
Asia	1,1	0,9
Africa	23,7	4,1
America	0,6	0,5
Non definito	0,1	0
Totale	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. In primo luogo l'eroina è la sostanza elettiva d'uso/abuso per il 52,9% dell'utenza detenuta (contro un 37,7% dei SerT). La cocaina caratterizza il 22,6% del totale dei detenuti contro un 7,8% del totale degli utenti SerT (anche non in carico), 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 10,5% dell'utenza detenuta aveva una dipendenza da alcol, contro il 33,8% dell'utenza SerT.

Meno rilevanti sono, come evidenziato in precedenza, i dati relativi alle dipendenze da tabacco o gioco d'azzardo.

Fig. 63 Sostanza primaria utenti SerT suddivisi tra utenza in carcere e utenza totale SerT * (Anno 2013, valori %)



* Sono inclusi tutti gli utenti su cui era indicata una sostanza di uso/abuso/dipendenza e non solo gli utenti "in carico" (con progetto terapeutico) come è stato analizzato in passato nella reportistica regionale

13.2 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, abusatore di alcol/farmaci psicoattivi, oppure dedito al gioco d'azzardo patologico o ad un uso patologico delle nuove tecnologie (internet), è affidata ad un'équipe per le dipendenze multidisciplinare, costituita da **professionisti della branca medica, infermieristica, psicologica e sociale**, che operano all'interno dell'Istituto.

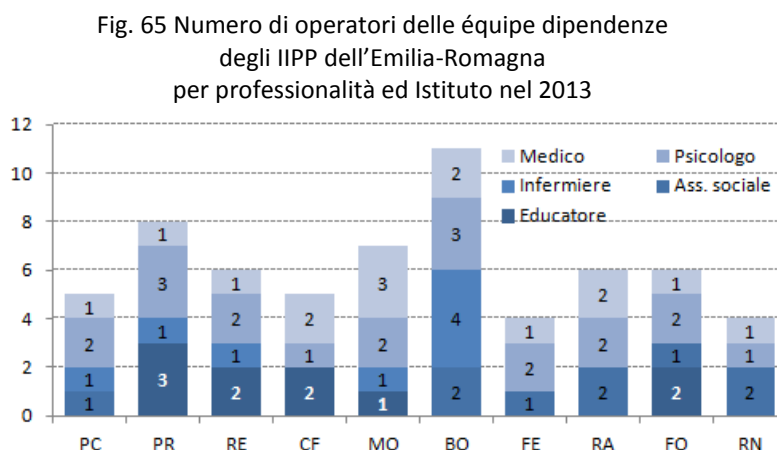
Le funzioni di tale équipe sono molteplici, finalizzate sia ad una **valutazione clinico-diagnostica** del paziente che ad un **interventi terapeutico - riabilitativo** intra-murario ed eventualmente extra-murario. Tra gli altri compiti, l'équipe effettua l'*assessment* clinico del paziente, accerta la presenza di un'eventuale sindrome astinenziale o da intossicazione acuta da sostanze, e pone in atto i necessari provvedimenti terapeutici anche farmacologici.

Il **medico di assistenza primaria** ricopre nell'équipe un ruolo importante nel proporre tempestivamente i controlli tossicologici, nonché nel prescrivere accertamenti diagnostici per verificare la sussistenza di patologie organiche secondarie alla condotta d'abuso. Nel corso della visita di ingresso il medico di assistenza primaria 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, promuovendo la motivazione agli *screening* ed agli esami diagnostici, offerti attraverso un'attività di *counselling*.

Lo **psicologo** dell'équipe nel corso della propria attività acquisisce dati utili ad un miglior inquadramento diagnostico, anche ai fini della certificabilità, fornisce interventi di **sostegno nelle varie fasi della carcerazione** (adattamento iniziale, attesa di udienze, ecc..), approfondisce il problema della dipendenza patologica.

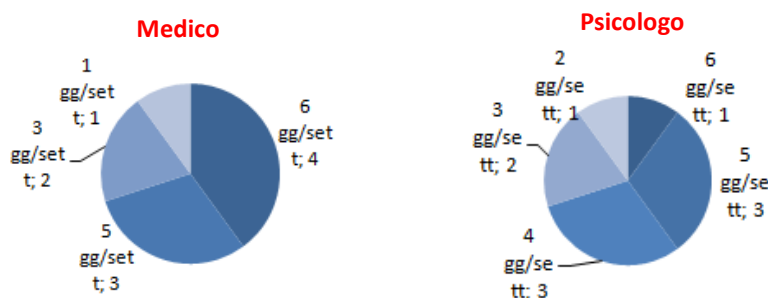
L'**assistente sociale** approfondisce invece gli **aspetti sociali, familiari e lavorativi**, ed acquisisce dai servizi territoriali informazioni utili al coordinamento con eventuali programmi terapeutici svolti prima dell'arresto.

Nel 2013 le équipe dipendenze sono **presenti in tutti gli IIPP dell'Emilia-Romagna** e sono composte, nel complesso, da **62 operatori**. Le figure professionali del medico e dello psicologo sono presenti in tutte le équipe, mentre l'infermiere dedicato esclusivamente all'équipe è presente a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena e Bologna. Infine si riscontra una presenza alternativa tra le professionalità dell'educatore (a Parma, Reggio Emilia, Modena e Castelfranco) e dell'assistente sociale (nelle altre realtà). Solo a Forlì sono presenti entrambi.



E' quindi garantita la presenza di **almeno un medico per ogni équipe**, che sale a due o più unità negli Istituti di Castelfranco Emilia e Modena ⁴⁶, Bologna e Ravenna. Tra essi, 7 facevano parte del presidio tossicodipendenze interno al carcere.

Fig. 66 Copertura settimanale del servizio di medici e psicologi delle équipes dipendenze nel 2013 nei 10 IIPP dell'Emilia-Romagna



La presenza del medico dell'équipe è prevista nella maggior parte dei casi **almeno 5 giorni alla settimana** frequenza che sale a 6 giorni a Piacenza, Modena e Bologna. La copertura giornaliera del servizio è inferiore a Reggio Emilia e Castelfranco Emilia (3gg) e Forlì (1gg).

L'altra professionalità **presente in ogni équipe è quella dello psicologo**. Nel complesso, i professionisti che operano nelle carceri dell'Emilia-Romagna sono 20, 14 dei quali appartenevano agli ex presidi tossicodipendenze.

Essi sono **almeno due unità per Istituto**, con valori superiori nelle realtà di maggiori dimensioni (Bologna, Parma). Si registra un solo professionista a Castelfranco e Rimini. In ogni Istituto esso è **presente circa almeno 3 o 4 giorni alla settimana**, con una copertura superiore a Piacenza (6gg/settimana) e Reggio Emilia, Ravenna e Rimini (5gg). Solo nella Casa di Lavoro di Castelfranco Emilia le giornate settimanali scendono a due.

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

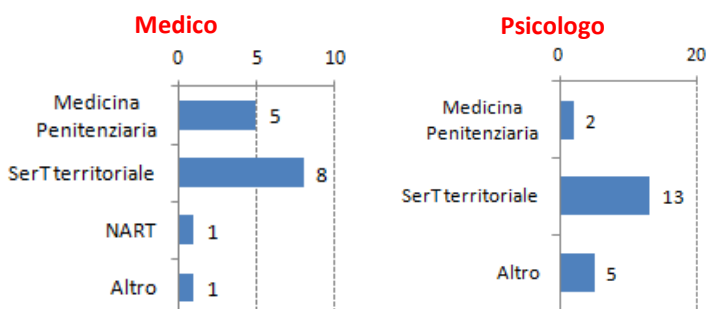
Tab. 59 Ore settimanali per medici e psicologi e delle équipes dipendenze nel 2013

	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Castelfranco *	Modena *	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì	Rimini **
Medico	26	38	4	12	33	72	18	13	6	19
Psicologo	18	35	28	15	32	34	24	36	38	33

* comprende le ore di un medico è coordinatore dell'équipe dipendenze

** un medico svolge la funzione anche di referente per la salute

Fig. 67 Numero di medici e psicologi delle équipes dipendenze per unità operativa di appartenenza nel 2013



I **medici dell'équipe** in maggioranza dipendono dal SerT territoriale (8 casi) seguiti dalla medicina penitenziaria (5). Solo a Parma si riscontra la peculiarità della dipendenza dell'équipe dal NART (Nucleo Assistenza e Riabilitazione dei detenuti Tossicodipendenti).

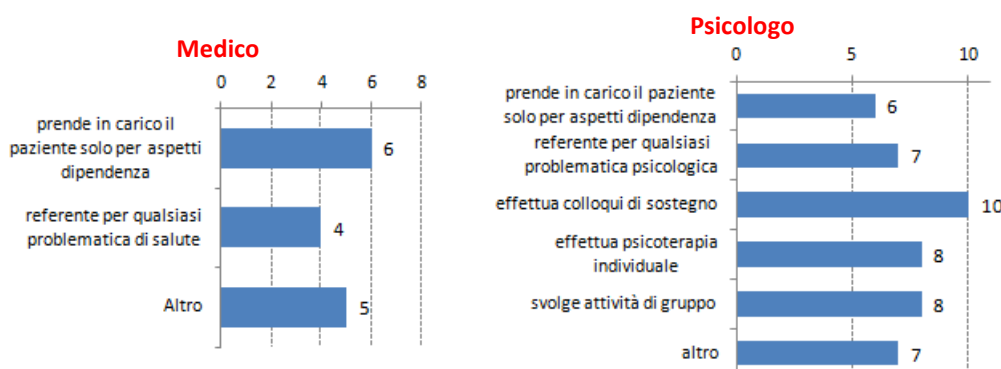
In generale, gli psicologi invece in maggioranza **afferiscono ai SerT territoriali** (13 casi), seguiti dal NART (3) e dalla medicina penitenziaria (2).

Le **funzioni svolte dal medico dell'équipe riguardano prevalentemente la presa in carico del paziente solo per gli aspetti legati alla dipendenza**, in 6 Istituti su 10 dell'Emilia-Romagna, oppure lo svolgimento di un'attività più generale, in cui è referente per qualsiasi problematica di salute del

⁴⁶ A Castelfranco Emilia e Modena, un medico svolge la funzione anche di referente per la salute.

paziente (4 casi). Vengono indicate localmente tra le altre attività svolte dai medici: il coordinamento dell'équipe SerT; il ruolo di referente DSM-DP; la partecipazione ai gruppi di lavoro sui detenuti, all'équipe di direzione e all'équipe dipendenze.

Fig. 68 Competenze/funzioni di medici e psicologi delle équipe dipendenze nel 2013 nei 10 IIPP dell'Emilia-Romagna



In tutti gli Istituti gli psicologi svolgono colloqui di sostegno, ma in quasi tutte le realtà penitenziarie essi effettuano anche psicoterapia individuale ed attività di gruppo (8 casi su 10). Più in generale inoltre **lo psicologo ha quasi sempre un ruolo ampio di referente per qualsiasi problematica psicologica** del paziente (7 casi), mentre in soli 3 Istituti si occupa di prendere in carico il paziente solo per gli aspetti legati alla dipendenza. Ciò in quanto la necessità della presenza in Istituto di tale professionalità era stata avvertita, in passato, e sviluppata in quasi tutti gli Istituti Penitenziari regionali, attraverso iniziative locali e realizzazione di specifici progetti, spesso condivisi dall'AP con i SerT, e da questi finanziati, per rispondere a bisogni anche di persone non tossicodipendenti, soprattutto riguardo all'accoglienza del detenuto nuovo giunto.

Tra gli altri compiti dello psicologo svolti in alcune realtà locali ritroviamo i colloqui a valenza etnopsichiatrica in varie lingue; le refertazioni e valutazioni psico-diagnostiche; la somministrazione di test; il *counseling* ed il supporto per le terapie mediche ed infettivologiche. Inoltre può effettuare attività psicodiagnostica e di sostegno anche a pazienti non tossicodipendenti; collaborare con l'amministrazione penitenziaria nel valutare l'idoneità all'accesso ad altri servizio (es. Se.Att.); effettuare colloqui di valutazione clinica a fini progettuali; partecipare alle équipe periodiche con altri operatori sanitari che intervengono sul paziente ed all'équipe dipendenze; effettuare valutazioni in fase diagnostica.

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 (1 unità per struttura) e Bologna (4 unità). Quando presente, l'infermiere effettua un'attività quotidiana feriali, comprensiva del sabato solo a Piacenza, Parma e Bologna. Essi svolgono prevalentemente attività di gestione/somministrazione al paziente della sola terapia legata alla dipendenza (con l'eccezione di Modena e Bologna, nelle quali si occupa di ogni tipo di terapia) ⁴⁷.

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, Ravenna e Rimini. Essi

⁴⁷ A Bologna, svolge una presa in carico infermieristica cure primarie e SerT, partecipa alle équipe multi-professionali e gestisce l'erogatore informatizzato del metadone. A Piacenza, inoltre effettua l'accoglienza del paziente nuovo giunto e gli esami tossicologici, inserisce dati in SistER, gestisce la terapia sostitutiva, partecipa alle équipe periodiche con altri operatori sanitari che intervengono sul paziente. A Modena, affianca il medico nelle visite/colloqui medicazioni.

operano in larga maggioranza a tempo pieno (7 unità su 10) con una copertura settimanale più ampia, tra le 3 e le 4 giornate a settimana, a Piacenza, Bologna e Ravenna.

L'attività svolta è dedicata all'accompagnamento del paziente per tutto il periodo di detenzione, ad eccezione di Bologna in cui interviene nella fase di definizione di una misura alternativa o in accompagnamento, nelle varie fasi della detenzione, all'attività degli educatori del trattamento ⁴⁸.

3) **Gli educatori.** Essi sono un numero complessivo di 10 unità e sono presenti nelle équipe dipendenze di Parma (3 unità), Reggio Emilia, Forlì e Castelfranco Emilia (2) e Modena (1). La copertura settimanale del servizio è di almeno 3 giornate (5 a Parma, 4 a Modena).

In analogia con gli assistenti sociali, in tutte le realtà svolgono prevalentemente un ruolo di accompagnamento del paziente per tutto il periodo di detenzione, attività che affiancano alla conduzione di gruppi di mutuo-auto-aiuto (Parma) ed alla conduzione di gruppi relativi alle dinamiche tra i detenuti (Castelfranco Emilia).

Aspetti distintivi delle équipe dipendenze riguardano l'**organizzazione dell'attività**.

Si organizzano in **ogni realtà riunioni tra gli operatori per confrontarsi sui casi clinici** in carico, con cadenza differenziata: in 2 Istituti l'équipe si incontra una volta al mese, mentre più frequentemente (5 Istituti) l'incontro è almeno quindicinale. Tale cadenza sale ad almeno una volta alla settimana nei rimanenti 3 ⁴⁹.

E'interessante riscontrare che l'équipe dipendenze in quasi tutti i casi (7) **si confronta anche con altri operatori**, saltuariamente o periodicamente invitati alle riunioni. Tra le figure coinvolte si registrano il Responsabile di Programma, gli assistenti sociali e gli educatori del SerT e gli operatori giuridico-pedagogici del carcere (se non facenti parte dell'équipe), gli assistenti sociali dell'UEPE, gli operatori dello sportello sociale del Comune, gli psichiatri del CSM ed il referente per la Salute mentale del DSM-DP, realtà del volontariato e dell'accoglienza, altri infermieri delle cure primarie, e, se necessario, altre figure dell'Amministrazione Penitenziaria.

In quasi tutte le realtà (8 nello specifico) sono presenti **trattamenti intra-murari specifici per il problema dell'abuso/dipendenza da alcolici** ⁵⁰. I trattamenti appaiono differenziati tra farmacologici, psicoterapici e terapeutici, disintossicazione, incontri dei gruppi terapeutici per alcolisti e tossicodipendenti, colloquio di sostegno e incontri del gruppo alcolisti anonimi, gestione del *craving*, progetti in esecuzione penale esterna e, a Rimini, trattamenti presso la Se.Att. L'équipe, su questo tema, si interfaccia in 3 Istituti ⁵¹ con associazioni e servizi che svolgono in carcere interventi in tal senso.

Un ulteriore aspetto peculiare dell'attività riguarda la **collaborazione con l'assistenza primaria**. Si giudica in 7 Istituti tale interfaccia continuativa, valutata molto positivamente, mentre negli altri risulta meno frequente (periodico in 3 casi, occasionale in 3 ⁵²).

L'aspetto del **rapporto tra équipe dipendenze ed équipe GOT (Gruppo Osservazione-Trattamento) dell'Amministrazione Penitenziaria** è abbastanza omogeneo sul territorio regionale: in generale si hanno contatti scritti formalizzati (7 casi nel complesso, 4 dei quali dichiarano altresì contatti di tipo informale). Il rapporto avviene anche attraverso riunioni congiunte periodiche (8 casi), mentre gli operatori dell'una partecipano alle riunioni dell'altra solo in 3 casi.

⁴⁸ A Rimini inoltre effettua l'interfaccia con l'équipe SerT di competenza territoriale e collabora con l'amministrazione penitenziaria nel valutare l'idoneità alle Se.Att. A Ravenna, oltre alla partecipazione all'équipe dipendenze, ne assume il coordinamento ed è componente del tavolo carcere.

⁴⁹ Si incontrano almeno una volta al mese a Bologna e Ferrara. Almeno una volta la settimana la riunione si tiene invece a Piacenza, Parma e Rimini.

⁵⁰ Non riferiscono trattamenti intra-murari specifici per il problema dell'abuso/dipendenza da alcolici Parma e Modena.

⁵¹ Reggio Emilia, Castelfranco Emilia e Ravenna.

⁵² Periodico a Modena e Castelfranco Emilia (1 volta/settimana) e Forlì (1 volta/mese). Occasionale a Parma, Ravenna (su tematiche specifiche) e Rimini (su casi clinici complessi e per riunioni o formazioni comuni).

Infine, per quanto riguarda la **fornitura di farmaci sostitutivi**, sono 7 gli Istituti ad essere autonomi nella fornitura diretta attraverso la farmacia aziendale, mentre le rimanenti ⁵³ si appoggiano al SerT territoriale.

13.3 Custodia attenuata per persone tossico-alcol dipendenti

Dalla fine degli anni '80, in conseguenza di una forte presenza di soggetti giovani tossicodipendenti negli Istituti di Pena italiani, l'Amministrazione Penitenziaria ha ipotizzato la creazione di un **particolare circuito detentivo alternativo** definito "a custodia attenuata".

Aprono in quegli anni le esperienze di Sollicciano (Firenze) e di Rimini (Se.Att.), mentre anche il DPR 309/1990 ribadisce il principio di una pena incentrata sulla cura e la riabilitazione (art.95 "La pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio riabilitativi").

In Emilia-Romagna apre nel 1993 la sezione a custodia attenuata dell'Istituto di Forlì in seguito a una circolare del DAP, mentre è del 2004 l'inaugurazione della Casa di Reclusione a custodia attenuata di Castelfranco Emilia, nei locali che già ospitavano la Casa di Lavoro per internati in misura di sicurezza. Si tratta di un regime di detenzione nel quale si svolgono numerose **attività per la riabilitazione fisica e psicologica dei tossicodipendenti**. Possono accedervi coloro che stanno scontando pene o residui di pena non superiori ai 6 anni.

In Emilia-Romagna sono state progettate e realizzate, in passato, tre esperienze di custodia attenuata per tossico/alcol dipendenti, che prevedono un rafforzamento della presenza del SerT, e quindi uno specifico investimento della Regione:

- progetto Andromeda presso la **Casa Circondariale di Rimini**;
- sezione a custodia attenuata presso la **Casa Circondariale di Forlì**;
- **Casa di Reclusione a custodia attenuata di Castelfranco Emilia**.

Già prima del riordino della Medicina Penitenziaria, la collaborazione tra gli Istituti di Pena ed i Servizi per le Dipendenze si era arricchita di prassi consolidate e di esperienze formative congiunte con l'obiettivo di connettere i due mandati istituzionali della custodia e della cura nei confronti dei detenuti alcol tossicodipendenti, sia nei tradizionali circuiti detentivi che in quelli a custodia attenuata.

A metà del 2008, in seguito ad una Tavola rotonda sulle esperienze di custodia attenuata organizzata presso l'Istituto Penitenziario di Forlì, si è costituito un **gruppo di coordinamento regionale fra le tre esperienze** presenti in Emilia Romagna. Il gruppo originario, costituito dal solo personale sanitario delle tre Custodie attenuate, si è integrato con personale del PRAP, come da determinazione del DG n. 3487 del 20/03/2012. Il gruppo ha tra i suoi obiettivi:

- sostenere la collaborazione già in atto tra il personale sanitario e quello penitenziario degli Istituti con custodia attenuata;
- promuovere una maggiore visibilità e utilizzo delle esperienze di custodia attenuata attraverso strumenti di comunicazione e studi di valutazione dei percorsi di trattamento effettuati e dei loro esiti;
- elaborare proposte nell'area della formazione congiunta Sanità/Amministrazione Penitenziaria in accordo con l'Ufficio Formazione del PRAP.

⁵³ Modena, Castelfranco Emilia e Forlì.

La disponibilità di posti in custodia attenuata al 31.12.2013 era la seguente:

Casa di Reclusione a custodia attenuata Castelfranco Emilia	Disponibili 20 posti sul totale di 139 (oltre i detenuti, vi sono internati in misura di sicurezza). Posizione giuridica: definitivi. Ammessi anche con terapia di Metadone	A dicembre 2013 sono presenti in custodia n° 8 detenuti. Nel corso dell'anno 2013 vi sono stati n° 4 nuovi ingressi e n° 9 uscite	La compresenza di internati in Casa Lavoro rappresenta una criticità. La maggioranza degli internati sono residenti fuori Regione Emilia-Romagna
C. C. di Forlì sezione a custodia attenuata			Sezione chiusa da agosto 2010 *
C.C. di Rimini sezione a custodia attenuata Progetto Andromeda	Disponibili 16 posti posizione giuridica mista. Non ammessi con terapia di Metadone	A dicembre 2013 sono presenti n° 9 detenuti. Nell'anno vi sono stati n° 25 ingressi e n° 28 uscite	Presente anche sezione intermedia Cassiopea per osservazione detenuti destinati a custodia attenuata

** Al dicembre 2013 la custodia attenuata di Forlì risulta ancora chiusa nonostante siano stati risolti i problemi strutturali verificatisi nell'agosto 2010. Sono in corso verifiche sulle possibilità di riapertura, anche in considerazione della disponibilità espressa in tal senso dalla AUSL di Forlì.*

E' in corso la ricerca di una **metodologia adeguata a rilevare il fabbisogno di trattamento** in Custodia attenuata per i detenuti tossico/alcol dipendenti della nostra Regione, in considerazione della ricchezza di offerta costituita dalle tre sezioni presenti sul territorio regionale.

E' inoltre allo studio la **predisposizione di una procedura sanitaria di invio al trattamento** in Custodia attenuata che valorizzi l'aspetto di valutazione di un percorso di cura piuttosto che l'iter penitenziario, fatti salvi i casi di reati ostativi.

Negli ultimi anni l'esperienza della Custodia attenuata sta incontrando difficoltà di realizzazione per la chiusura da tempo della sede di Forlì, e per la scarsissima presenza di detenuti presso la Casa di Reclusione di Castelfranco, ridotta a poche unità.

14. Tutela della salute presso il Centro per la Giustizia Minorile dell'Emilia-Romagna

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 rinchiusi in strutture di contenimento**. 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 in misura cautelare ex art. 23 o condannati (a Bologna vi è una capienza di 12 posti);
- la **Comunità Ministeriale** (CM) dove minorenni vengono collocati, in espiatione 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. 6 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 del CGM delle Marche. 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. 60 Minori utenti del Centro Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna nel 2013

	Totale	di cui		di cui	
		Italiani	Stranieri	Maschi	Femmine
Centro Prima Accoglienza (CPA) di Bologna	58	50	8	24	34
Istituto Penale Minorenni di Bologna	109	109	0	29	80
Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM) di Bologna *	1.068	951	118	630	438
Soggetti segnalati dall'A.G. all'USSM *	1.301	1.093	208	768	533
Comunità Ministeriale di Bologna	43	43	0	25	18
Comunità Private	123	112	11	48	75
Totale	2.702	2.357	345	1.524	1.178

* già conosciuti e non conosciuti

Fonte: ns. elaborazioni 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**.

Collaborazione ed integrazione sugli interventi tra Regione, Azienda USL e Centro Giustizia Minorile

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 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; Allegato 1).

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.

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 la sostituzione del personale infermieristico**. Di seguito sono elencate le principali novità e variazioni apportate:

1. Rifacimento completo degli **arredi degli ambulatori dell’IPM**;
2. 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;

3. **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;
4. Utilizzo del **sistema informatizzato aziendale per la farmacia** e la prenotazione degli esami ematici (utilizzando un punto di accesso esterno all'Istituto);
5. Applicazione delle **procedure della farmacia**;
6. Strutturazione della presenza, presso il CGM, di un **medico SerT** un giorno alla settimana;
7. Organizzazione della attività di **microéquipe della Neuropsichiatria infantile** con un neuropsichiatra consulenti e due psicologhe (personale 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 la partecipazione alle équipe per la elaborazione dei progetti per i minori seguiti.
8. **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;
9. Attivazione delle **sostituzioni del medico incaricato**.
10. Definizione di procedure di **collaborazione ed integrazione di interventi col CGM**;
11. Installazione di intranet aziendale, di una **cartella informatizzata** sulla salute nelle carceri e della cartella informatizzata sulle dipendenze SistER.

Nel corso dell'anno 2013, nelle tre strutture, sono stati registrati i seguenti dati:

Tab. 61 Numero "nuovi giunti" *

CPA	Comunità Ministeriale	IPM
58	43	109

** elaborazione su dati SISM 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 2013

Tab. 62 Numero prestazioni-consulenze specialistiche interne

	CPA	Comunità Ministeriale	IPM
Ser.T - Dip. Patologiche	3	19	25

76 ragazzi hanno usufruito di prestazioni odontoiatriche

Tab. 63 Numero di valutazioni svolte dallo psicologo e dallo neuropsichiatra

	CPA	Comunità Ministeriale	IPM	Totale
Valutazioni neuropsichiatriche	0	0	25	25
Valutazioni psicologiche	53	30	103	186

Tab. 64 Dosi di vaccino somministrate

Vaccino anti ep. B	Vaccino anti difto tetano	Vaccino anti-influenzale
8	8	23

Tab. 65 Consulenze specialistiche ed esami strumentali esterni

Pronto soccorso	31
RX	27
Visita dermatologica	8
Visita oculistica	4
Visita ortopedica	4
Visita cardiologica	4
Visita maxillo facciale	3
Ricoveri ospedalieri	2
Visita O.R.L.	2
Visita infettivologica	2
Visita pneumologica	1
Visita fisiatrice	1
Visita chirurgia generale	1
Visita neurologica ed EEG	2
Totale	93

15. Il progetto CCM Promotori di salute in carcere ⁵⁴

Contesto e motivazioni

Tra i principi di riferimento della riforma che ha sancito il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria alle Aziende ASL (DPCM 1/04/2008) vi è “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 in carcere è caratterizzata da: molteplice appartenenza etno-culturale, 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 struttura rigidamente totale, con mancanza di libertà di movimento se non disposta da altri, situazioni di “esclusione nell’esclusione” (es. detenuti delle sezioni protette o ad alta sicurezza), “patogenicità della detenzione” (patologie contratte a causa o durante la permanenza in carcere, sovraffollamento).

Paradossalmente, però, il carcere può essere un **luogo in cui “imparare ad usare i servizi” o a riflettere sui propri comportamenti salutari**.

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 da parte del personale**. La necessità di una trasformazione dell’intervento sanitario, passando dalla semplice attività di assistenza medica ad una più ampia che comprenda interventi strutturati di promozione della salute è già stata recepita in Emilia-Romagna con Delibera di Giunta Regionale n.1176/2013. Il promotore di salute in carcere si inserisce quindi in **questo “nuovo mandato”**, perseguito quotidianamente in stretto raccordo con l’équipe sanitaria.

Obiettivi

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** (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool, superamento approccio farmacologico).

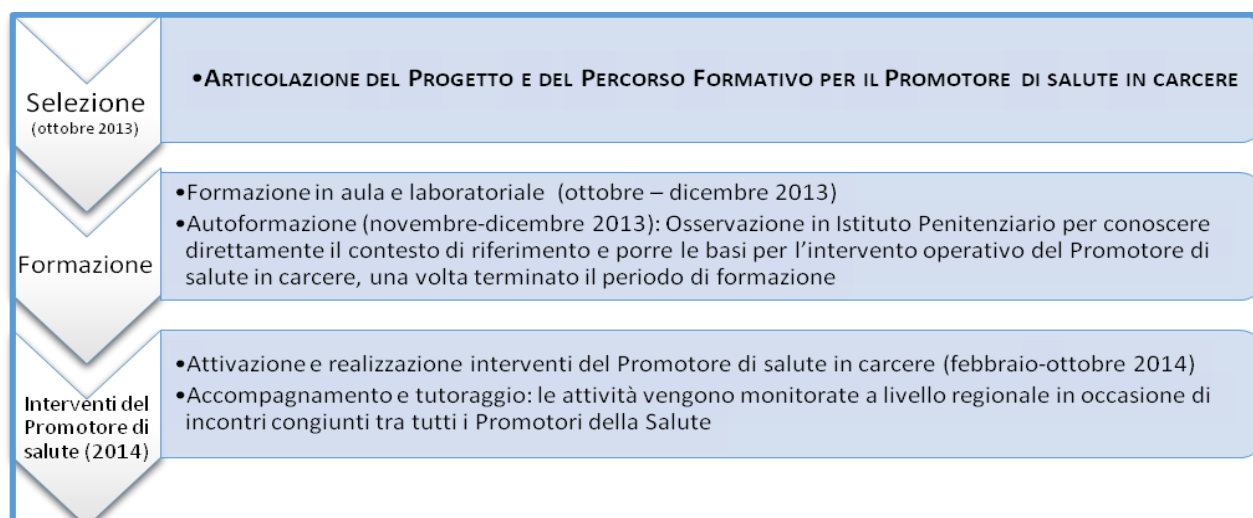
Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- promuovere e incrementare le **forme e le modalità di raccordo tra il ‘dentro e il fuori’** dal

⁵⁴ Progetto CCM 2012 “Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del promotore di salute”, finanziato dal Ministero della Salute

carcere, fare rete, creare sinergie con le iniziative presenti in Istituto e supportare le attività per la continuità assistenziale;

- **migliorare la comunicazione operatore sanitario/paziente** attraverso la formazione e sperimentazione del “Promotore di salute” quale soggetto che, con la sua presenza-azione all’interno della sezione del carcere, svolge i seguenti compiti: promuove e organizza attività di gruppo incontro e confronti con i detenuti, espone negli spazi non solo destinati alla sanità, poster e cartelli sul tema benessere, consegna ed illustra materiale informativo multilingue; **ricerca e crea occasioni e spazi per svolgere, a livello individuale, attività di counselling** sui temi della rilevanza della salute e di quanto l’assunzione di responsabilità diretta sia un punto strategico;
- diversificare le richieste di aiuto delle persone detenute **distinguendo le differenti tipologie di disagio o malessere**, non sempre dovute a specifiche patologie organiche, superando anche le difficoltà determinate dalla diversa provenienza etno-culturale;
- **incrementare il livello di informazione sanitaria e sviluppare le competenze individuali e collettive** per ridurre la vulnerabilità dell’individuo e della comunità, diffondendo e amplificando la conoscenza dei servizi e opportunità offerte dal Servizio Sanitario Nazionale sia in carcere sia 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. E’ 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. E’ **un facilitatore e sa gestire gruppi**; è un operatore che svolge funzioni di informazione e sensibilizzazione. Il suo lavoro di basa sulla relazione.

Il percorso formativo

Per garantire una omogeneità nelle prassi di intervento del Promotore di salute in carcere, il progetto ha previsto la **realizzazione di uno specifico percorso formativo**, strutturato in 7 moduli, per un monte complessivo di 73 ore. Sono state formate 24 persone, tra educatori in comunità (HIV, TdP, Psichiatria, minori...), assistenti sociali, psicologi, infermieri e una ostetrica.

I moduli formativi hanno permesso di **acquisire conoscenze generali sui presupposti per l’equità e di diritto alla salute** in base ad una prospettiva ‘di rete’, di integrazione tra politiche e tipologie di interventi. Si è trattato poi 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 alle AUSL** 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 (sovraffollamento, elevato numero di suicidi, carenza di personale, scarse opportunità trattamentali, elevata presenza di detenuti stranieri) 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 gestire le emozioni, saper progettare interventi di promozione della salute con il coinvolgimento attivo dei destinatari, 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. Il corso è organizzato nei seguenti moduli formativi:

Modulo 1 Accoglienza	4 ore	Modulo 5 Gestione dei gruppi	14 ore
Modulo 2 Sistema Sanitario	7 ore	Modulo 6 Multiculturalità e fragilità	7 ore
Modulo 3 Sistema Penitenziario	7 ore	Modulo Trasversale Conoscenza diretta Istituto Penitenziario	20 ore
Modulo 4 Relazione e Comunicazione	14 ore		

Gli ambiti di intervento del Promotore di salute in carcere

Le attività del Promotore di Salute si sviluppano a partire da un **lavoro quotidiano di raccolta ed analisi dei bisogni**. Durante l'attività in Istituto, tutti i Promotori sono coordinati da una figura regionale di riferimento e gli operatori che lavorano nei diversi Istituti si incontrano periodicamente per monitorare l'andamento dei piani di lavoro locali e condividere le tipologie di bisogno rilevate e le possibili risposte operative.

Alcune tipologie di bisogni rilevati (sanitari/non ; espressi/non)

*Bisogno di essere ascoltati, di passare del tempo	*Richieste certificati sanitari
*Difficoltà di relazione con gli altri detenuti	*Richiesta di vitto particolare
*Frustrazione	*Richieste di spiegazioni specifiche su tematiche di salute
*Richieste di attenzioni da parte di tutti gli operatori	*Bisogno di informazioni sanitarie
*Richiesta di informazioni non strettamente sanitarie	*Difficoltà nel conoscere le norme igieniche e imbarazzo nell'ammetterlo
*Richiesta di farmaci ansiolitici, sedativi, antidepressivi	*Mancanza di info circa le abitudini salutari
*Richiesta di visita specialistica	

La risposta ai bisogni non è comunque 'improvvisata'; le iniziative dei promotori di salute si sviluppano nell'ambito di 4 macroaree:

- Rete e Territorio:** Sostegno operativo all'équipe clinica-assistenziale; Sviluppo strumenti operativi e informativi; Promozione della continuità assistenziale; Raccordo con le figure operanti in carcere; Sviluppo di iniziative dentro/fuori dal carcere;
- Informazione - Sportello:** Ascolto; intercettazione raccolta e lettura del bisogno; Distribuzione materiale informativo (Informazione sanitaria, MTS, *screening*, stili di vita; informazione su organizzazione servizio sanitario interno, opportunità offerte dal SSN dentro/fuori dal carcere); ecc.
- Promozione della salute:** Colloqui motivazionali; Educazione sanitaria e promozione di stili di vita sani con interventi di gruppo; Produzione di materiale informativo multilingue su stili di vita e comportamenti (alcol, fumo, attività fisica, altro); promozione di percorsi di *peersupport*; ecc.

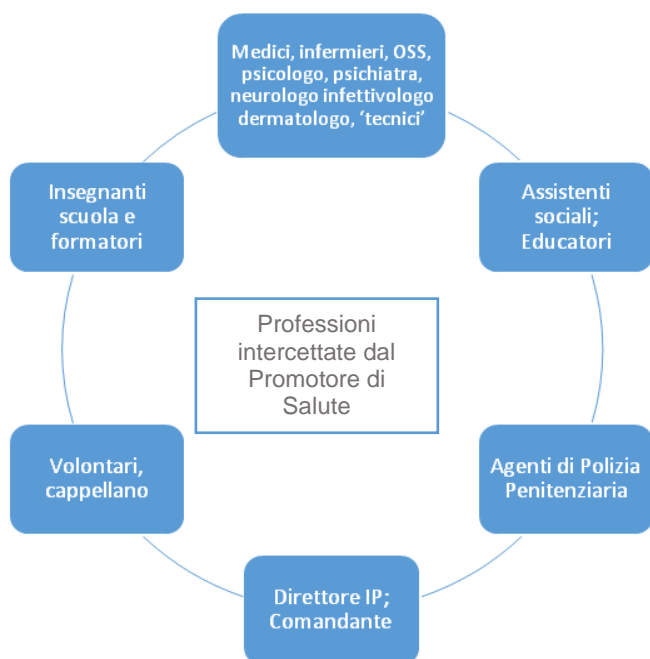
d. Prevenzione: Interventi tematici di gruppo ; Percorso *screening* (diffusione materiale informativo multilingue, definizione di ‘pacchetti’ info/educativi; incontri); ecc.

Gli Istituti coinvolti e le professioni intercettate dal Promotore di Salute in carcere

Il progetto ha previsto il coinvolgimento di **tutti gli Istituti penitenziari in Emilia-Romagna** ed alcuni Istituti di altre **due Regioni partner**, la Regione Lombardia e il Veneto.
In Emilia-Romagna operano attualmente **17 Promotori di Salute**, suddivisi in modo differente rispetto alle caratteristiche e dimensioni degli IIPP.

Tab. 66 Promotori di salute in carcere in Emilia-Romagna

Istituto	numero Promotori di Salute operativi in IP	numero h/settimana (media)
CC Rimini	1	10
CC Ravenna	1	10
CC Forlì	1	10
CC Ferrara	2	20
CC Bologna	4	60
CC Modena e Castelfranco	3	45
CC Reggio Emilia	1	15
CC Parma	2	30
CC Piacenza	3	45



Le aree di attività del promotore di salute diventano, infine, concreta opportunità per i detenuti ed effettivo **sostegno all'intera équipe clinico- assistenziale** quando è possibile attivare quella funzione “di snodo” inizialmente richiamata: l'obiettivo è portare maggior equità nella tutela della salute delle persone recluse, e ciò può essere perseguibile solamente in una **costruzione operativa quotidianamente condivisa**, con il coinvolgimento fattivo dell'équipe dei professionisti del sistema sanitario e non solo.

16. La cartella clinica informatizzata unica regionale SISP

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;
- corretta gestione della documentazione clinica;
- supporto agli operatori per affrontare in modo consono i percorsi clinico-assistenziali nei confronti dei pazienti;
- supporto alle attività gestionali;
- governo dei processi di qualità/rischio clinico.
- monitoraggio attività dei servizi sanitari;

- supporto alla costruzione di indicatori di valutazione;
- supporto ad attività di ricerca e miglioramento qualitativo.

Dalla collaborazione con diversi servizi regionali, in particolare con il Servizio regionale Innovazione tecnologica e ICT, **nel mese di maggio 2013** è stata installata, in tutte le aree sanitarie degli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna, la cartella informatizzata **SISP – Sistema Informativo Sanità Penitenziaria**, costruita dalla società *in house* CUP2000. Si tratta di strumento indispensabile per l'uniformità ed il miglioramento delle cure su tutti gli Istituti penitenziari della Regione.

Un esempio dell'interfaccia della cartella clinica informatizzata SISP

Compilatore	Data rilevazione	Patologia	Data fine
Utente Medico	02/07/2013 12:12:00	Patologia: L403 - Pustolosi palmare e plantare	-
Utente Medico	02/07/2013 12:11:00	Patologia: L502 - Orticaria da freddo e da caldo	-
Utente Medico	02/07/2013 12:11:00	Patologia: G300 - Malattia di Alzheimer ad esordio precoce	-

Il modello organizzativo nella costruzione della cartella

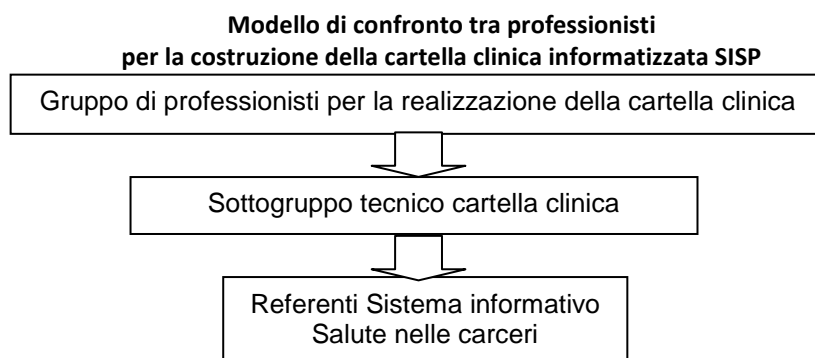
La Regione Emilia-Romagna vanta una lunghissima tradizione nel campo dei sistemi informativi nell'ambito della salute nelle carceri. Precedentemente all'attuale sistema gestionale SISP negli Istituti penitenziari è stata utilizzata una cartella sanitaria informatizzata, che per anni ha avuto il merito di **socializzare gli operatori sanitari all'utilizzo delle tecnologie informatiche** per la gestione delle informazioni cliniche.

Per la costruzione della nuova cartella è stato utilizzato, così come fatto in altre esperienze, un **approccio bottom-up, derivando le specifiche dello sviluppo della cartella direttamente dagli utilizzatori**, di chi gestisce in prima persona le attività cliniche con i pazienti detenuti. Operativamente questo ha comportato la conduzione di gruppi di professionisti sanitari che lavorano presso gli Istituti penitenziari, in particolare:

- **un gruppo allargato di professionisti** per la realizzazione della cartella clinica, a garanzia che, nelle specifiche della cartella, vi fossero tutte le indicazioni riportate nel nuovo Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute progettato nel passaggio delle competenze in tema di Sanità penitenziaria alla Regione. In definitiva il compito era di tradurre delle indicazioni cliniche e organizzative in un sistema gestionale informatizzato;
- **un sottogruppo tecnico cartella clinica**, che ha trasformato le indicazioni emerse dagli incontri del precedente gruppo in istruzioni, maschere e modelli di cartella;
- **i Referenti Sistema informativo Salute nelle carceri** che rappresentano il *core* del funzionamento del sistema a livello locale. Questo gruppo è composto da operatori della sanità penitenziaria appositamente formati sulla gestione delle informazioni in SISP. I Referenti SI

rappresentano il punto focale per il corretto funzionamento di SISP oltre a garantire la regolare tenuta del sistema.

Approccio *bottom-up*: modello di confronto tra professionisti
per la costruzione della cartella clinica informatizzata SISP



La metodologia sopraindicata può apparire pleonastica, ma è quella che ha garantito che, nel corso di sei mesi dalla messa in produzione di SISP, si raggiungesse un buon livello di funzionamento della cartella clinica informatizzata su tutta la Regione Emilia-Romagna. In breve l'attività ideativa, organizzativa, formativa e culturale è risultata determinante nella costruzione di un sistema informativo regionale sulla salute nelle carceri.

Pensiamo che il valore aggiunto della cartella SISP stia anche nell'aver fornito al personale sanitario, presente nelle strutture penitenziarie della Regione, una **condivisione della cultura organizzativa relativamente alle modalità clinico-assistenziali**, alle prestazioni erogate, alla definizione del PAI – Piano assistenziale individuale, al sistema di codifica diagnostico, ai percorsi da seguire con le diverse procedure.

La formazione dei professionisti

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.

E' 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. E' 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.

Nelle fasi propedeutiche all'installazione della cartella clinica SISP, è stato avviato un corso di formazione al quale hanno partecipato 444 operatori sanitari dei dieci Istituti penitenziari della regione. In particolare 231 dell'Area vasta Emilia nord, 149 dell'Area vasta Emilia centro, e 64 dell'Area vasta Romagna (ora AUSL della Romagna).

*Formazione sul sistema informativo SISP realizzata nel 2013
al personale dell'Area sanitaria degli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna*

Progetto	AUSL	Numero corsi erogati	Numero partecipanti	Numero partecipanti previsti
SISP	AUSL di Parma	8	79	111
SISP	AUSL di Reggio Emilia	5	22	76
SISP	AUSL di Modena	6	75	74
SISP	AUSL di Piacenza	4	55	55
TOTALI AVEN		23	231	316
SISP	AUSL di Ferrara	6	75	98
SISP	AUSL di Bologna	8	74	117
TOTALI AVEC		14	149	215
SISP	AUSL di Rimini	3	14	14
SISP	AUSL di Ravenna e Rimini	2	17	15
SISP	AUSL di Forlì	4	33	27
TOTALI AVR		9	64	56
TOTALI RER		46	444	587

Sempre nel 2013 è stata avviata la seconda fase formativa del progetto cartella clinica informatizzata nelle carceri. L'obiettivo è di sostenere gli operatori sanitari con l'attività di formazione continua all'uso dello strumento e, non di meno, per ottenere informazioni utili al miglioramento dello stesso.

Fase 2 del processo di formazione su SISP avviata nel 2013.

Progetto	Struttura	Tipologia corso	Numero corsi	Numero partecipazioni
SOLE	Ausl di Parma	SISP - Evoluzioni anno 2013	1	10
SOLE	AUSL di Bologna	Corso SISP	2	18
SISP	Referenti SI Salute nelle carceri	Formazione di secondo livello su SISP	4	43