REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
PROVVEDITORATO REGIONALE
PER IL VENETO FRIULI VENEZIA GIULIA E TRENTINO ALTO ADIGE

AZIENDA ULSS 16 PADOVA
UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA

Osservatorio Regionale
sulla Popolazione Detenuta
e in Esecuzione Penale Esterna

BOLLETTINO N. 2

CARCERE E SANITÀ

venetosociale
www.venetosociale.it
Assessorato alle Politiche Sociali, Volontariato e Non Profit

Osservatorio Regionale
sulla Popolazione Detenuta
e in Esecuzione Penale Esterna

Direttore Scientifico
Prof. Antonio Condini

Responsabile
Dott. Daniele Berto

Ricercatori
Dott.ssa Floriana Grimaldi
Dott.ssa Isabella De Toni
Ing. Ezio Fantinato

Per la stesura di questo bollettino si ringraziano:
Il Provveditore dott. Felice Bocchino
L'Ufficio Detenuti e Trattamento del Provveditorato Regionale per il Veneto
Gli Addetti del Corpo di Polizia Penitenziaria
Le Direzioni degli Istituti Penitenziari del Veneto

c/o Ospedale dei Colli
Via dei Colli, 4 - 35100 Padova
Tel. e fax 049 8216931
E-mail: oscar.ulss16@sanita.padova.it

Indice

Presentazione - a cura del Presidente Regione Veneto ..... pag. 5
Presentazione - a cura dell'Assessore Regionale alle Politiche Sociali ..... pag. 6
Prefazione - a cura del Provveditorato Regionale ..... pag. 7
Introduzione - a cura dell'Osservatorio Regionale ..... pag. 8
Attualità e prospettive di sviluppo della sanità penitenziaria **-** *di G. Starnini* ..... pag. 11

UP DATE SULLA POPOLAZIONE CARCERARIA DEL VENETO ..... pag. 17
UP DATE SULLA POPOLAZIONE CARCERARIA MONDIALE ..... pag. 31

PARTE PRIMA

Politiche della Regione Veneto in tema di Sanità e Carcere ..... pag. 51
• Premesse ..... pag. 52
• La riforma della sanità penitenziaria ..... pag. 53
• Le progettualità a favore dei detenuti ..... pag. 57
• Le questioni da affrontare ..... pag. 62
• Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto ..... pag. 63
• Il quadro normativo di riferimento ..... pag. 75
- La disciplina comunitaria ..... pag. 75
- La disciplina nazionale ..... pag. 76
- La disciplina regionale ..... pag. 77

PARTE SECONDA

La tutela della salute in Carcere ..... pag. 79
• La tutela della salute nell'ordinamento penitenziario ..... pag. 80
• Regole minime per il trattamento dei detenuti ..... pag. 83
• L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario ..... pag. 85
• L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario Statale ..... pag. 87
• L'organizzazione del Servizio Sanitario nelle Carceri del Veneto ..... pag. 93

PARTE TERZA

La patologia in Carcere ..... pag. 111
• Le patologie mediche ..... pag. 113
• Le problematiche psichiche ..... pag. 115
- Psicosi carcerarie ..... pag. 115
- La simulazione di malattia mentale ..... pag. 116
• La tossicodipendenza in carcere ..... pag. 117
- L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti ..... pag. 119
- I detenuti alcooldipendenti ..... pag. 120

PARTE QUARTA

Gli eventi critici ..... pag. 121
• I suicidi nelle Carceri italiane ..... pag. 123
• Suicidi e autolesionismo nelle Carceri venete ..... pag. 124

ALLEGATO 1

Carta di Holdenburg 1998 – Raccomandazioni Europee su Carcere e Tossicodipendenza ..... pag. 133

ALLEGATO 2

Carta Etica sul Carcere ..... pag. 141

ALLEGATO 3

Linee guida sull'HIV/AIDS e le epatiti in carcere ..... pag. 145

Bibliografia ragionata ..... pag. 153

Presentazione

Ritengo molto valida la pubblicazione del secondo Bollettino incentrato sulla sanità in carcere.

La Regione del Veneto, pur nelle more del passaggio delle competenze sull'assistenza sanitaria in carcere dall'Amministrazione Penitenziaria alle Aziende U.L.S.S., ha comunque provveduto a garantire il diritto alla salute ai ristretti rispondendo - con appositi provvedimenti - in maniera sufficiente al fabbisogno sanitario, in particolare farmaceutico, espresso dagli Istituti Penitenziari del territorio.

E' chiaro che ai molti problemi connessi alla sanità penitenziaria deve essere data una risposta complessiva, rivolta cioè a tutti i ristretti, come richiesto dal dettato costituzionale.

Vorrei spendere anche una parola per parlare del grave problema rappresentato dal sovraffollamento in carcere. La salute dei detenuti non dipende solamente dalla quantità di medicinali e dal numero dei medici e degli infermieri, ma anche dalle condizioni socio-ambientali.

Sottolineo questo perché tutto ciò che riguarda le condizioni di vivibilità viene sottovalutato, mentre invece ha una sua notevole importanza per la salute fisica e mentale della popolazione che in carcere vive o lavora.

Si tratta di questioni che si è ritenuto affrontare secondo due diverse prospettive. L'una complementare all'altra, affinché il quadro degli interventi risulti globale per il trattamento e per la cura di tutti i soggetti ristretti.

Giancarlo GALAN
Presidente della Regione del Veneto

Presentazione

Mi accingo con piacere a stendere queste brevi note di presentazione del secondo numero del Bollettino, curato dall'Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna.

In primo luogo, vorrei evidenziare l'importante affermazione di principio contenuta nel Decreto legislativo 22/6/1999, n. 230, sul riordino della medicina penitenziaria, che adegua la precedente normativa al dettato costituzionale ed alle più recenti riforme in materia sanitaria per assicurare anche al cittadino detenuto condizioni di tutela della salute e "livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi", compresi i detenuti stranieri, che "hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia".

In questa ottica, è necessario però che si ricomponga in tutte le sue sfaccettature il mosaico in modo che si restituisca ai detenuti, al pari dei cittadini liberi, lo stesso diritto alla salute con una erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate.

E' importante poi che anche la medicina e le figure che la rappresentano entrino in carcere non solo con l'obiettivo peculiare di curare, ma anche di considerare il paziente nelle sue molteplici sofferenze.

A tal riguardo, rilevanti appaiono le opportunità terapeutiche-riabilitative ed il percorso di recupero e sostegno psicofisico, che da più parti sono forniti alle persone detenute, in particolare, da quelle associazioni di volontariato e non profit che operano in carcere. In tale contesto, risulta davvero importante – e mi è gradita l'occasione per sottolinearlo – la presenza del volontariato ed il lavoro che esso svolge con i detenuti portatori di disturbi mentali, con i detenuti stranieri senza alcun punto di riferimento esterno, con i figli di detenuti che trascorrono fino a 3 anni la propria giornata in carcere, con i malati di AIDS, i tossicodipendenti e gli alcoldipendenti.

Antonio DE POLI
Assessore Regionale alle Politiche Sociali

Prefazione

Nel porgere il mio più gradito saluto ai lettori del Bollettino, giunto alla sua seconda edizione, mi preme sottolineare la massima importanza che ritengo di dover dare a questa pubblicazione nell'ottica dell'avvicinamento al mondo carcerario, alla società civile ed all'apertura ideale delle porte del carcere relativamente ad un argomento, quello della salute, importante e delicato.

Diverse sono le difficoltà che quotidianamente devono essere affrontate e che, spesso, anzi quasi sempre, vengono superate grazie alla collaborazione col personale medico e paramedico che si prodiga sempre oltre il limite di ogni umana possibilità.

Ed infatti, come tutti i settori, anche quello della sanità penitenziaria risente delle ristrettezze di bilancio.

In modo particolare, ciò che influisce in negativo più di tutte è la voce relativa alla spesa farmaceutica.

Il mio auspicio è che la Regione Veneto, nell'ambito dell'attuazione del Protocollo d'Intesa, voglia, nell'immediato futuro e di concerto con lo scrivente, intensificare la già ampia collaborazione così da poter meglio regolarmente pensare ad una sanità penitenziaria sempre più efficiente.

Colgo, infine, l'occasione per un sincero ringraziamento per la disponibilità dimostrata e collabora prestata finora dall'Assessorato alla Sanità, Assessorato alle politiche Sociali, alle AA.SS.LL del Veneto e dall'Osservatorio.

Dr. Felice BOCCHINO
Provveditore

Introduzione

Il problema della sanità in carcere è attualmente fra i temi più dibattuti negli ambienti penitenziari, al pari di quello del sovraffollamento degli Istituti di Pena.

Esso chiama in causa due ordini di fattori, che si fronteggiano, a volte completandosi, altre rivaleggiando: da un lato, il diritto alla salute, diritto dell'uomo imprescindibile, sancito dalla Costituzione italiana, all'art. 32 e ribadito, in riferimento ai soggetti detenuti, dall'art. 1 del Decreto Legislativo n. 230/99, secondo il quale "i detenuti e gli internati hanno il diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate"; dall'altro lato le risorse, umane ed economiche, necessarie per istituire modelli assistenziali possibili e individuare politiche e indirizzi di intervento che tengano conto della realtà penitenziaria.

Senza voler ridurre la complessità della problematica in questione, riconosciamo che la principale sfida della sanità penitenziaria si gioca fra la tensione verso la prevenzione e la tutela della salute, che non può incontrare i confini delle mura carcerarie, e le risorse di cui si dispone, spesso scarse.

Non si tratta di una contrapposizione, meramente teorica, fra un principio etico, umanitario, ed un ritorno alla realtà materiale di riferimento, poiché entrambe le parti in causa sono orientate nella stessa direzione, solo ad una velocità differente. Le risorse risultano, infatti, spesso non in grado di sostenere tutte le implicazioni in cui il "diritto alla salute" dei detenuti si declina: l'esigenza di strutture che garantiscano, in caso di patologie mediche e psichiatriche, sicurezza e trattamento insieme (reparti dedicati ai detenuti, non solo posti letto riservati); l'ingente spesa farmaceutica; la necessità di garantire una continuità di cure prima e dopo l'esperienza carceraria, specie per quanto riguarda l'ambito della tossicodipendenza.

La ricerca di un equilibrio fra intenti e risorse è resa ancor più complessa dal ruolo che la salute ha per i detenuti, all'interno delle carceri e della vita carceraria così come essa è organizzata e viene esperita. La salute, o meglio, la malattia, diviene spesso strumento, mezzo, per aspirare ad una forma di libertà: libertà come uscita dal carcere (anche solo temporanea, anche per un ricovero in ospedale), libertà come farmaco lenitivo, ansiolitico, sedativo, che distolga i pensieri dalla sofferenza, dalla costrizione, dalla colpa; libertà come ascolto e attenzione guadagnati su di sé. E allora la salute/malattia dei detenuti finisce per essere vissuta come minaccia o come scusa per coloro che operano in carcere e/o col carcere, e finisce così col perdere di credibilità e di potere contrattuale nei confronti di chi dovrebbe fornire le risorse perché il diritto alla salute venga garantito.

In questo complesso intreccio di fattori, compito dell'Osservatorio vuole essere quello di fornire strumenti di lettura ed analisi per comprendere lo status delle carceri venete, in particolare per ciò che riguarda le problematiche connesse alla sanità.

Gli strumenti che questo numero del Bollettino si propone di fornire sono di tre tipi:

- *Strumenti statistici: il Bollettino fornisce i dati, aggiornati al 30/06/2005[1], riguardanti l'andamento delle presenze, le caratteristiche della popolazione detenuta (con particolare attenzione agli aspetti sanitari - tossicodipendenza, HIV, eventi critici) e l'organizzazione dei presidi sanitari nelle carceri venete. Un capitolo è inoltre dedicato ai dati sulla popolazione mondiale attualmente detenuta; i dati ci sono stati gentilmente forniti, in un nostro recente incontro, dal direttore del Centro Internazionale degli Studi sulle Carceri di Londra.*
- *Strumenti legislativi: nella prima parte del Bollettino, sono riassunti e riorganizzati i principali riferimenti legislativi che regolamentano l'organizzazione della sanità penitenziaria e il trattamento dei detenuti;*
- *Strumenti conoscitivi: vengono riportati studi, ricerche e documenti di lavoro, nazionali e internazionali, che approfondiscono il tema della salute nelle carceri.*

Nei prossimi lavori dell'Osservatorio, cercheremo di dispiegare la complessità legata a un altro tema cruciale che interessa le carceri venete: il rapporto fra immigrazione, disagio socio-culturale e criminalità, così come si riflette nelle carceri della Regione.

Dott. Daniele BERTO
Responsabile dell'Osservatorio

[1] Il monitoraggio e l'aggiornamento dei dati riguardanti le carceri del Veneto costituisce una delle attività principali dell'Osservatorio, in stretta collaborazione con il Provveditorato Regionale per il Veneto, Sezione Detenuti e Trattamento.

"ATTUALITA' E PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA SANITA' PENITENZIARIA"

Dott. Giulio Starnini[2]

Mi è stato affidato il compito di illustrare quella che è l'organizzazione sanitaria all'interno della realtà penitenziaria. Non credo siano molte le occasioni di confronto, come quella offerta dal presente seminario, tra le diverse professionalità, non solo sanitarie, che a qualsiasi titolo operano negli Istituti Penitenziari, come non credo siano molti gli operatori sanitari e penitenziari che conoscono bene cosa sia un Ser.T.
Penso altresì che sia utile, per chi opera come Azienda Sanitaria all'interno di un Istituto Penitenziario, comprendere lo scenario in cui si sta muovendo.
L'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari è affidata, a livello organizzativo, ad un Ufficio posto all'interno della Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento - Dipartimento del Ministero della Giustizia - dislocato in periferia rispetto alla sede centrale del Ministero. Il capo Dipartimento è il Dott. Giovanni Tenebra; il Dott. Sebastiano Ardita è il Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento e all'interno di questa Direzione Generale esiste l'Ufficio dei Servizi Sanitari la cui direttrice è la dott.ssa Bruna Brunetti.
Occorre anzitutto chiarire quale sia la *mission* del Dipartimento dell' Amministrazione Penitenziaria. La risposta, da tutti riconosciuta, è la sicurezza. La sicurezza dei detenuti, e quindi la sicurezza sociale. Ciò è comprensibile: se, uscendo da questo incontro troviamo la nostra auto con i vetri fracassati e senza autoradio, probabilmente non ci dispiacerebbe se il soggetto che si è reso colpevole di tale reato venisse arrestato. Possiamo quindi comprendere come il Ministero della Giustizia abbia una *mission* istituzionale, che è quella della sicurezza del Paese e, in questo contesto, là dove è possibile, persegua il recupero e quindi il trattamento delle persone che gli sono affidate. Recupero che, a mio avviso, dovrebbe essere anteposto anche alla stessa sicurezza, perché se vogliamo dare un senso al nostro lavoro, dovremmo fare di tutto affinchè, una volta che una persona detenuta ha riacquistato la libertà, non torni a ricommettere un reato.
La recidiva, invece, purtroppo, è alta e legata a tantissimi aspetti. Le carceri italiane sono luogo di molti errori, non commessi dall'Amministrazione e neppure dal Ministero della Giustizia, ma da un approccio a volte non razionale ai problemi che ci investono. Non è un caso che siano i tossicodipendenti, che sia la tossicodipendenza uno dei problemi principali; non è un caso che gli extracomunitari siano in numero così elevato; non è un caso che i portatori di disagio psichico siano così largamente rappresenti all'interno degli Istituti Penitenziari.
Il carcere non è certo la risposta migliore a questi problemi, ma è l'unica risposta possibile di cui disponiamo a fronte di chi commette un grave reato.
Io vengo da Roma: i nostri avi costruirono il carcere "Mamertino"; prima di esso esistevano solo la pena corporale e la pena di morte. Non so se saremo in grado, forse non noi, i nostri figli o i nostri

[2] Coordinatore Tecnico Ufficio Sanitario Direzione Generale Detenuti e Trattamento – Roma.
Relazione presentata e corretta dall'Autore in occasione del convegno "Carcere e Tossicodipendenza. I confini della responsabilità e l'integrazione degli interventi", tenutosi a Padova il 19 maggio 2005.

nipoti, di inventare qualcosa di alternativo, di più valido, di più solido, della soluzione che il carcere si trova a rappresentare, ma oggi dobbiamo fare i conti con questa realtà.
E' in questo contesto che l'Ufficio Sanitario vive, in cui lavora e si propone; un operato che si fonda su due principi fondamentali che sanciscono i diritti inviolabili dell'uomo, di ciascun uomo, pertanto anche dell' uomo detenuto: il diritto prioritario alla salute e ad una pena umana che abbia una valenza rieducativa.
Tutto questo però, in ambito penitenziario, acquista un valore del tutto particolare, specialmente se rapportato a una realtà normativa molto frammentaria, che certamente non aiuta chi, come noi, deve operare in questo settore.
Una delle fonti più alte cui ci ispiriamo, non solo come Amministrazione, ma come Paese, è il Parlamento Europeo e le norme del 1987, che saranno riviste nel 2005 anche per quanto attiene gli aspetti sanitari. Ci si è concentrati soprattutto sugli aspetti riguardanti l'HIV, ma la Carta Penitenziaria Europea è previsto che includa non solo gli aspetti trattamentali, ma soprattutto quelli attinenti alla salute dell'uomo detenuto. Tornando all'Italia, sebbene già nel 1931 veniva indicato un servizio sanitario, la legge ritenuta cardine in tema di sanità penitenziaria è la legge n. 354 del 1975, poi rivisitata, che sancisce l'istituzione in ogni Penitenziario di un servizio sanitario; già allora, al comma 10 dell'articolo 11, ben evidenziato è che l' Amministrazione può avvalersi per il funzionamento dei servizi interni della collaborazione dei servizi sanitari esterni. Siamo nel '75 e non esisteva il Servizio Sanitario Nazionale né, tantomeno, una tipologia di assistenza sanitaria garantita dalle Regioni come avviene oggi, a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione. Avevamo un sistema misto di enti assistenziali: le famose "mutue" che, per chi ricorda, differenziavano la tipologia assistenziale in base alle categorie professionali – dipendenti statali, regionali, privati, liberi professionisti, operai ecc.. Eppure, già nel '75 si prevedeva che l'Amministrazione Penitenziaria potesse avvalersi dei servizi esterni, sebbene non ancora Servizio Sanitario Nazionale.
Nel '78 la legge istitutiva il Servizio Sanitario Nazionale, una legge importante, che per realizzarsi ha richiesto tempo e concertazioni.
Nel 1987, mentre si stava redigendo la legge 833, ci si è posti un quesito centrale per noi: le persone in carcere dovranno essere assistite dal Servizio Sanitario Nazionale? Il Consiglio di Stato, pronunciandosi a tale proposito, affidò invece la competenza al Ministero della Giustizia, anche se non con carattere di esclusività, in quanto l'assistenza nelle carceri deve necessariamente rapportarsi al trattamento, di cui è parte integrante.
Seguendo una prospettiva storica, giungiamo, con un balzo di dieci anni, alla legge Bindi - considerata l'ultima legge di riforma del Sistema Sanitario Nazionale dopo la 502 e la 517- che all'articolo 5 prevede il riordino della medicina penitenziaria, regolamentata poi con un decreto attuativo , il d.lgvo 239/99.
Apro una piccola parentesi per dire che sarebbe stato più opportuno parlare di Riforma dell'organizzazione sanitaria penitenziaria e non della medicina penitenziaria.
Un successivo decreto del 2000, il 433, non parla però più di trasferimento di tutte le funzioni, ma di riordino definitivo del settore sanitario, lasciando così aperti spazi di rivisitazione, interni all'Amministrazione, dell'attuale organizzazione. Parallelamente , c'è il D.P.R. del 30 Giugno del 2000, attinente alle norme di riordino del regolamento penitenziario, che cita, sebbene in maniera fuggevole, all'articolo 17: "l'assistenza sanitaria si deve rapportare alla normativa esistente e comunque la regolamentazione viene demandata ad atti amministrativi".

In tutto questo ricordiamo come il citato Ufficio III Servizi Sanitari di cui sopra, istituito con atti amministrativi e non con leggi dello Stato, rappresenta ancora oggi il centro operativo del sistema di assistenza sanitaria nelle carceri che provvede a emanare i Documenti di indirizzo e programmazione sanitaria nonché i finanziamenti relativi, ai Provveditorati regionali che a loro volta sono chiamati a coordinare il livello locale, degli Istituti Penitenziari.
Noi ci dobbiamo interfacciare, inoltre, non più solo con il Ministero della Salute, per quanto riguarda gli indirizzi di carattere generale, ma anche con le Regioni, per quanto riguarda gli aspetti pratici. Ogni Regione legifera infatti in ambito sanitario in maniera differente e non è un compito semplice dialogare con tutte; in questo siamo fortemente coadiuvati dalle Unità Operative di Sanità Penitenziaria dei vari Provveditorati.
L'Organizzazione interna dell'Ufficio Sanitario si articola in tre sezioni (che probabilmente diverranno quattro nel prossimo anno) le cui aree di intervento sono vastissime: è un ufficio che si deve interessare dei finanziamenti, quindi anche delle ripartizione del budget, delle strutture, delle risorse, delle indagini epidemiologiche, del collegamento tra i vari Istituti, delle attività istituzionali (ad esempio rispondere alle interrogazioni parlamentari).
Il nostro lavoro deve in ogni caso mirare a ricercare modelli assistenziali possibili, applicabili alla nostra realtà, monitorare la realtà, controllare quelli che sono i finanziamenti e come questi finanziamenti, seppur scarsi, vengono usati, per poi cercare di rimodulare l'insieme di tutte le componenti.
Il livello regionale vede il Provveditore, affiancato, per gli aspetti sanitari, dall'Unità Operativa Sanità Penitenziaria. Questa è una realtà funzionante in molte Regioni, in altre un po' meno, per problemi relativi ai finanziamenti.

Il livello locale, che chi lavora in carcere conosce molto bene, comprende gli Istituti di primo livello: sono gli Istituti più piccoli, con una capienza inferiore ai 200 detenuti, che vedono una presenza specialistica molto limitata. Poi ci sono gli Istituti con capienza maggiore, che hanno una copertura sanitaria più ampia: un servizio di guardia medica di 24 ore con un servizio specialistico allargato a sei branche, sebbene sempre insufficienti; infine gli Istituti più "avanzati" che sono i Centri Diagnostico Terapeutici e gli O.P.G., gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

In due anni, molte Regioni hanno aperto una collaborazione che va al di là di quella sulla tossicodipendenza: il Piemonte, il Lazio, la Lombardia, la Sardegna, la Toscana, l'Emilia-Romagna, la Calabria, l'Abruzzo, le Puglie oggi partecipano attivamente all'assistenza e alla prevenzione facendosene carico, molte di esse anche dei servizi specialistici, in un concetto di integrazione forte. L'articolo 1 del citato d.l.vo 230/99 ha ribadito un concetto importante, che la persona detenuta, e quindi il cittadino veneto, o comunque presente su questo territorio, che entra in carcere non perde il diritto all'assistenza sanitaria, e ciò investe, necessariamente, il diritto ai finanziamenti, perché tale assistenza possa realizzarsi.
Ma i finanziamenti che lo Stato ha affidato al Dipartimento per l'assistenza delle persone detenute, quegli stessi finanziamenti che nel '95 ci facevano fare dei larghi sorrisi a fronte della quota pro capite del Servizio Sanitario Nazionale, ora suscitano per lo più lacrime.
Abbiamo una concentrazione di patologie negli Istituti Penitenziari che è enorme, a cui dobbiamo far fronte con una spesa pro capite che non ci consente assolutamente neanche di assicurare i livelli essenziali di assistenza, senza l'intervento delle Regioni.

A questo si aggiunga che il primo pensiero di un detenuto malato o non malato è riacquistare la propria libertà, aspirazione legittima, così che spesso la salute si piega fino a diventare strumento per poter uscire dagli Istituti Penitenziari.
Bisogna poi scontrarsi con la rigidità della struttura, la mancanza di personale , la demotivazione del personale.
Dal punto di vista dei numeri: dei 56.000 detenuti presenti - 80.000 transitati in un anno - la metà è in uno stato di salute che possiamo definire sufficiente; nell'altra metà sono rappresentati stati di patologie avanzate che forse non è neanche giusto vengano trattate all'interno degli Istituti Penitenziari.
I principali punti che ci siamo sentiti di affrontare per il 2005 sono quindi stati: il rapporto con le Regioni e l'assistenza psichiatrica. In Veneto, purtroppo, a differenza di altre Regioni, i Dipartimenti di Salute Mentale non entrano negli Istituti Penitenziari e questo è un intervento che urge, poiché il disagio psichico è estremamente diffuso e stratificato, e un intervento specifico dei DMS in tal senso è stato previsto anche dal piano sanitario 2003-2005. Per ciò che riguarda l'assistenza infettivologica, c'è un progetto dipartimentale, detto "Iceberg", che prevede l'allargamento a tutti i detenuti delle opportunità terapeutiche offerte dalla moderna ricerca (la realtà vede il test d'accettazione per l'HIV fermo al 35%, numerosità per HCV africane, focolai di tubercolosi in diversi istituti penitenziari).

Non tralasciamo gli aspetti relativi agli immigrati, anche se occorre ribadire fortemente che non è il carcere la risposta al problema degli immigrati clandestini. Il carcere è oggi, continua ad essere oggi, quello che è sempre stato: un osservatorio privilegiato dei fenomeni sociali; lo è stato negli anni '70 per la tossicodipendenza, quando parlare di eroina significava il femminile di eroe, lo è stato per l'HIV, quando si chiamava HTLV III° e pensavamo che fosse la malattia degli omosessuali, lo è oggi per gli immigrati, presenti in massa nei nostri Istituti .
Occorre conoscere chi sono queste persone: un maghrebino non è uguale ad un albanese o ad un nigeriano. Conoscere chi sono, per poi rendere fruibili i servizi (sono pochissimi, ad esempio, i mediatori culturali).
Per ciò che riguarda l'area delle degenze, è impensabile, visti i costi, creare ancora strutture ospedaliere nel circuito penitenziario. Si è aperto tre anni fa il "San Paolo" a Milano; la Regione Lombardia nell'assistenza ai detenuti è molto avanti: stanzia cinque milioni di euro l'anno, ha aperto all'Azienda Sanitaria "San Paolo" un reparto dove solo l'anno scorso ci sono stati 600 ricoveri di qualità.
Nel luglio prossimo, presso l'Ospedale "Pertini" di Roma, sarà operativo un altro reparto per detenuti.

Per i detenuti disabili, sono stati aperti il Centro Clinico di Bari e il Centro Clinico di Parma.
Il problema degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è invece un problema di enorme portata. Esistono almeno sette o otto ipotesi di riforma, esiste una commissione "perpetua" di rivalutazione dell'intervento psichiatrico giudiziario, non esistono più, per fortuna, quegli "ergastoli bianchi", cioè di chi, giudicato incapace di intendere e di volere, ma privo di risorse proprie o comunque di aspettative fuori, rimaneva in OPG pur essendo stato riconosciuto non più pericoloso per la società.
Stiamo tentando in Calabria una sperimentazione con l'intervento del DSM e dell'Università presso il comune di Gerace (R.C.), con il recupero di una clinica per anziani mai aperta che è stata

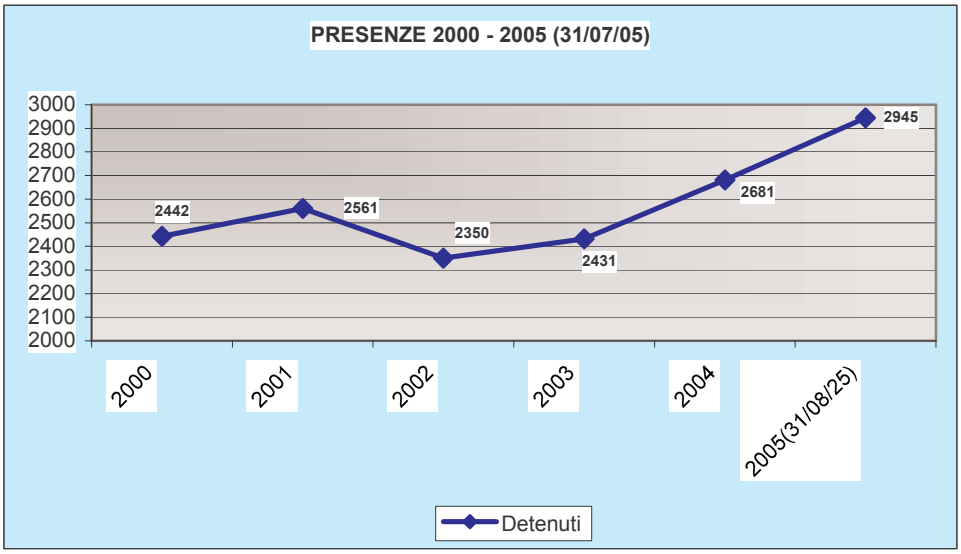
ceduta gratuitamente, in comodato d'uso, dalla Regione; un progetto che ci occuperà per i prossimi due - tre anni, sul modello dell'Ospedale Psichiatrico "Castiglione delle Stiviere" (RE.E.), un centro a basso livello di sicurezza ed alto livello di sanitarizzazione.

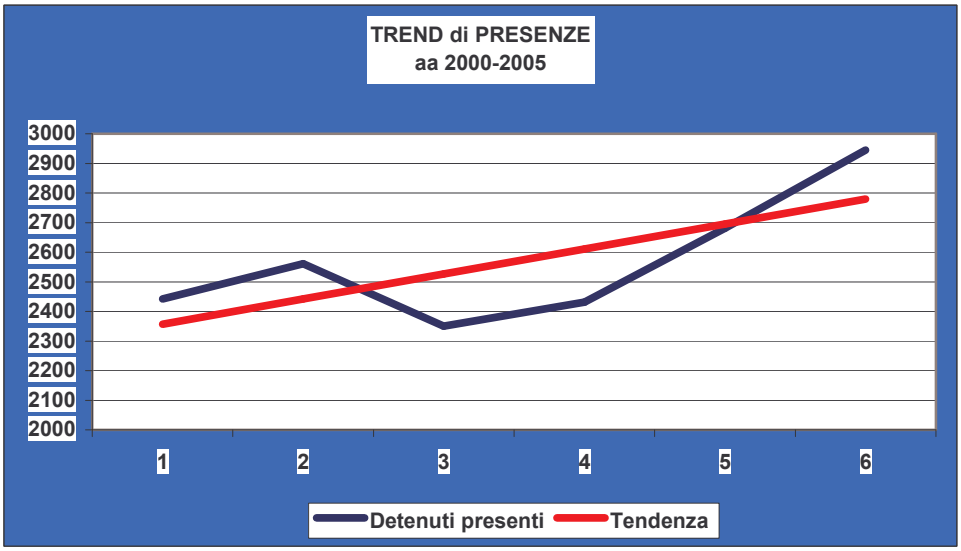
Formazione e aggiornamento non sono di competenza del nostro ufficio, ma le riteniamo in ogni caso fondamentali per gli operatosi sanitari penitenziari. Parimenti la gestione dei sistemi informatici, cui si lega il problema dell'attuale cartella clinica, spesso un "*vulnus"* di difficile interpretazione anche per i Magistrati e i periti, indecifrabile, mentre dovrebbe rappresentare uno strumento fondamentale di trasmissione delle informazione da uno specialista ad un altro e quindi da rivedere e rivalutare dal punto di vista informatico.

Concludo, ricordando a tutti l' esortazione rivolta al mondo penitenziario da papa Giovanni Paolo II° nel Giubileo del 2000:
"La tutela della salute degli individui sottoposti a restrizione è preciso dovere morale, oltre che giuridico, dei pubblici poteri, tutti i pubblici poteri: non deve la condanna a pene detentive implicare una compromissione dei diritti umani fondamentali.
Rispetto alla situazione contingente, che si è creata con il sovraffollamento dei Penitenziari, sono necessari dei provvedimenti urgenti e motivati; gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dovrebbero adeguarsi a quella che è la legge 180, la contenzione meccanica e farmacologia non deve essere consentito come mezzo di detenzione" .

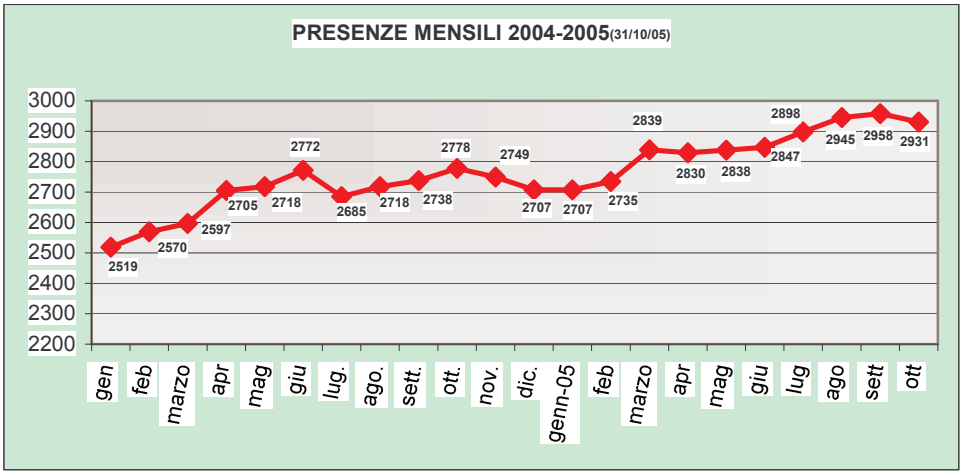
Dr. Giulio STARNINI
Coordinatore staff tecnico sanitario
Ufficio III Servizi Sanitari
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento

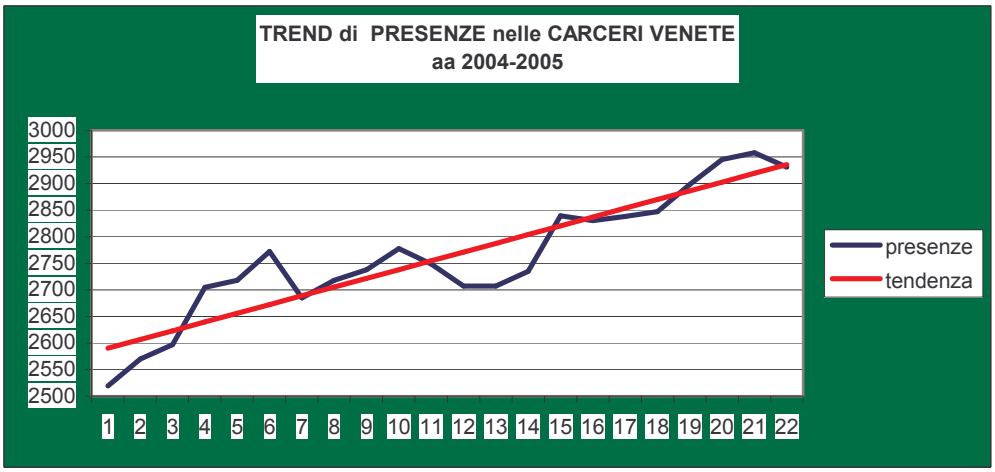
UP-DATE SULLA POPOLAZIONE CARCERARIA IN VENETO[3]



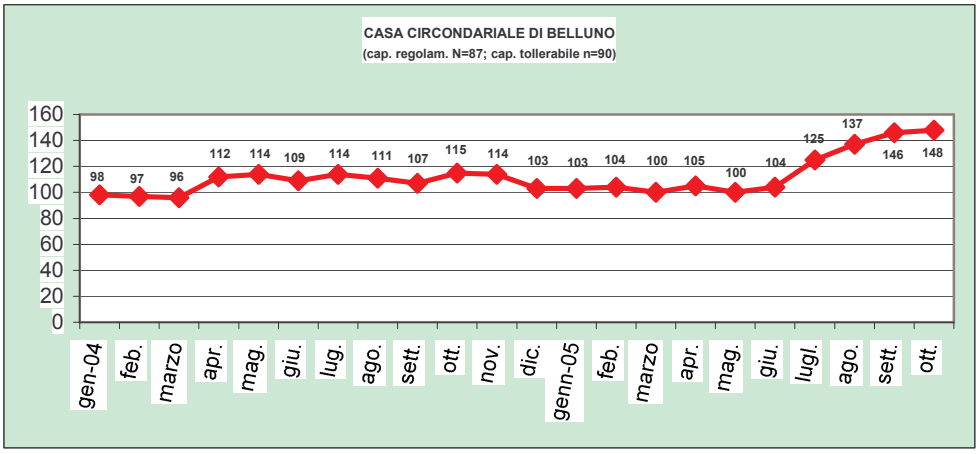


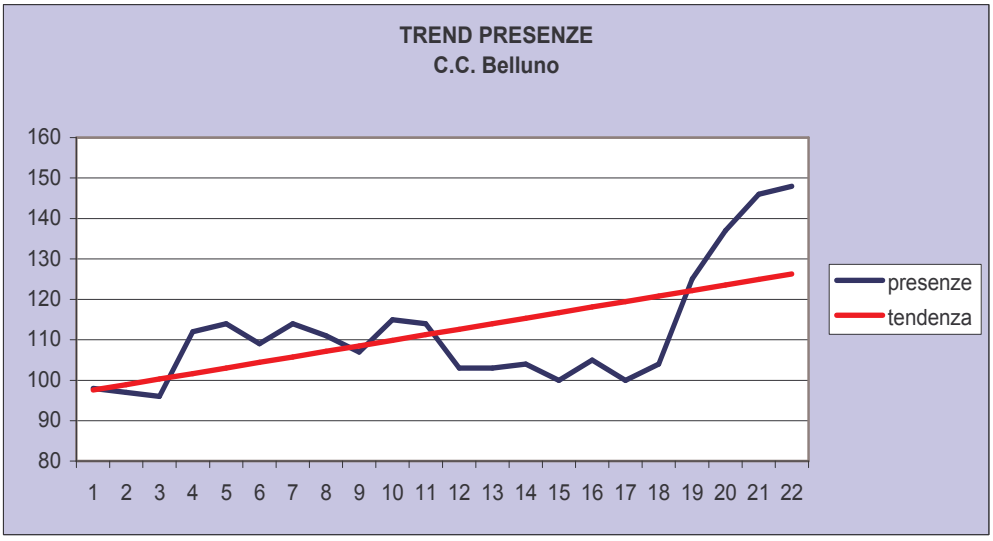
[3] Fonte: Provveditorato Regionale per il Veneto

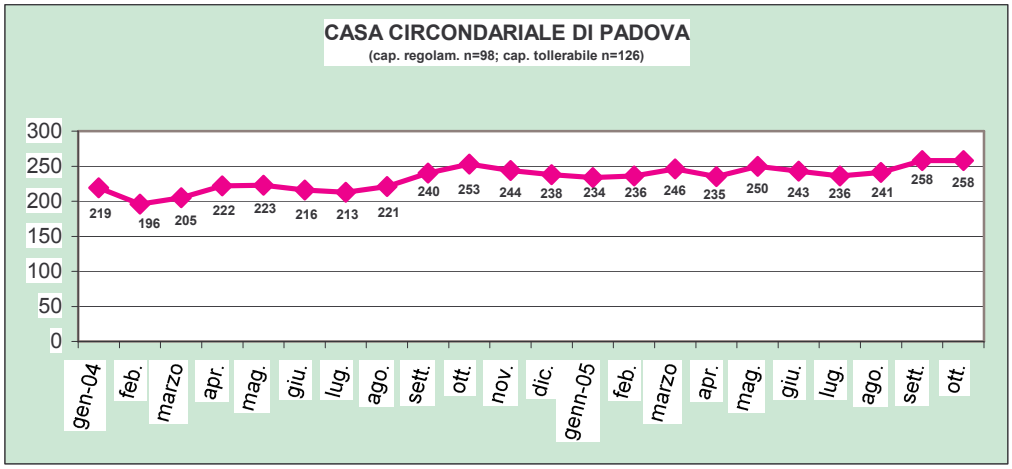

PRESENZE MENSILI 2004-2005(31/10/05)
3000
2900
2800
2700
2600
2500
2400
2300
2200
2519
2570
2597
2705
2718
2772
2685
2718
2738
2778
2749
2707
2707
2735
2839
2830
2838
2847
2898
2945
2958
2931
gen
feb
marzo
apr
mag
giu
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb
marzo
apr
mag
giu
lug
ago
sett
ott

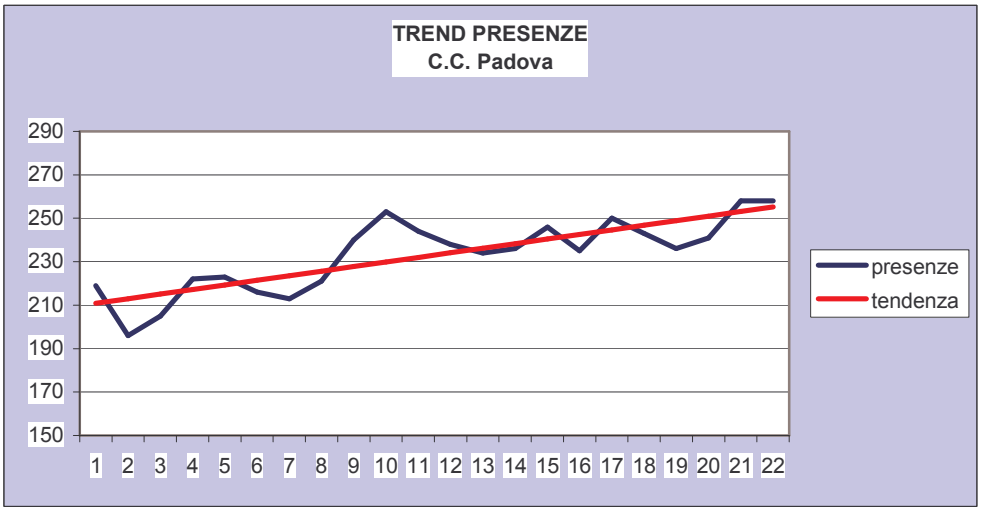

TREND di PRESENZE nelle CARCERI VENETE
aa 2004-2005
3000
2950
2900
2850
2800
2750
2700
2650
2600
2550
2500
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

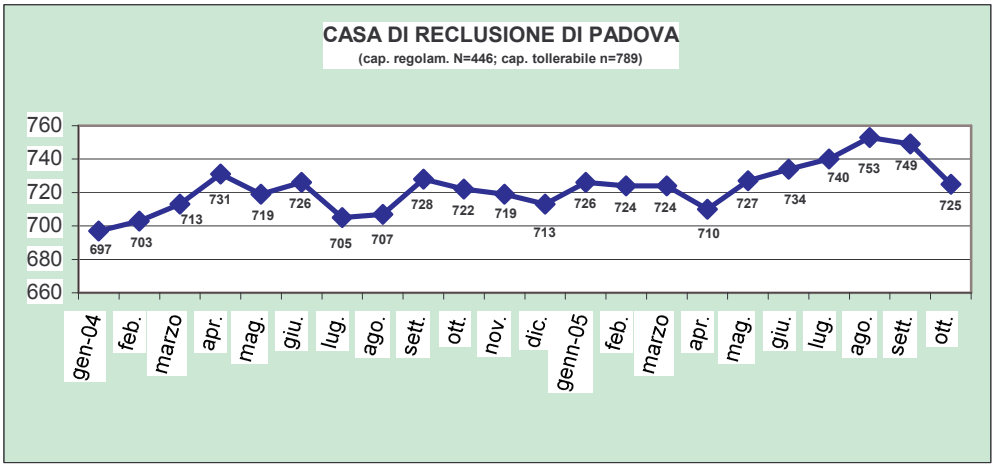
Presenze mensili Gennaio 2004 - Giugno 2005

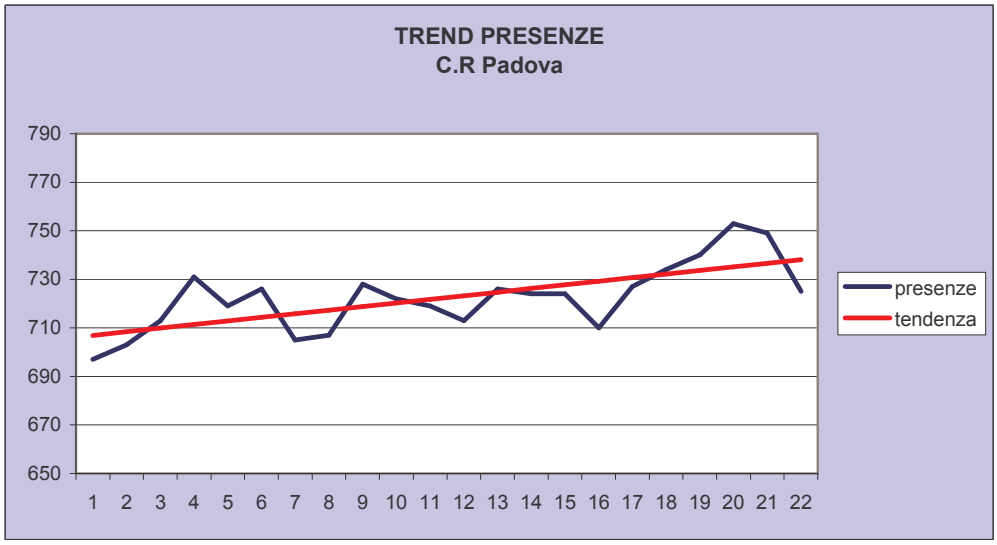


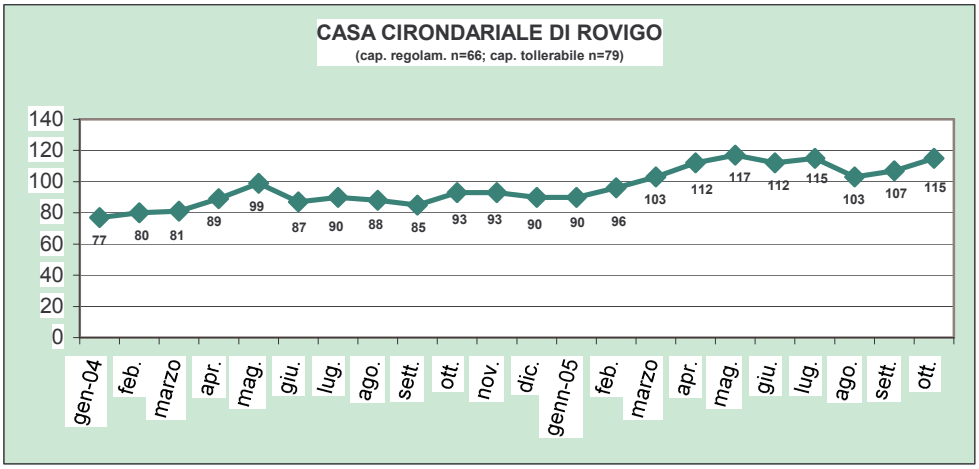


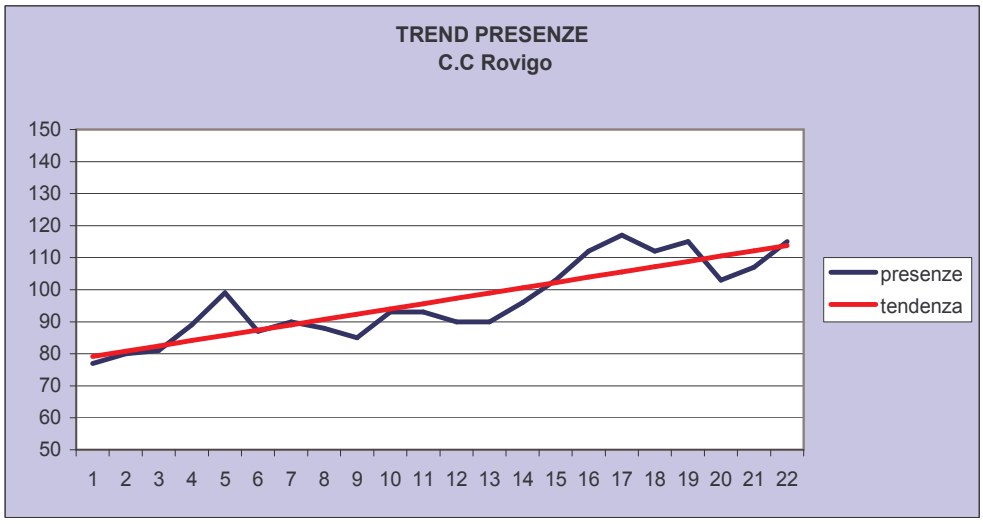

CASA CIRCONDARIALE DI PADOVA
(cap. regolam. n=98; cap. tollerabile n=126)
300
250
200
150
100
50
0
219
196
205
222
223
216
213
221
240
253
244
238
234
236
246
235
250
243
236
241
258
258
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.

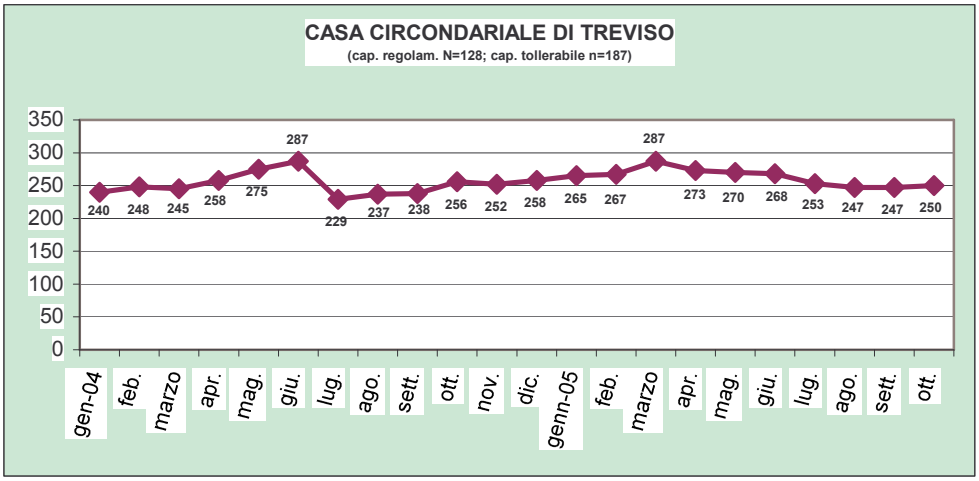

TREND PRESENZE
C.C. Padova
290
270
250
230
210
190
170
150
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
presenze
tendenza

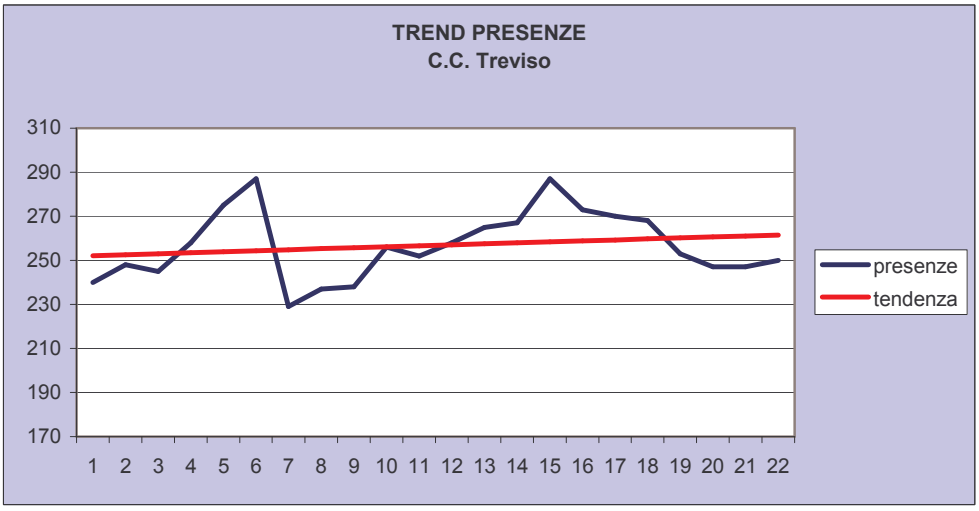

CASA DI RECLUSIONE DI PADOVA
(cap. regolam. N=446; cap. tollerabile n=789)
760
740
720
700
680
660
697
703
713
731
719
726
705
707
728
722
719
713
726
724
724
710
727
734
740
753
749
725
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.

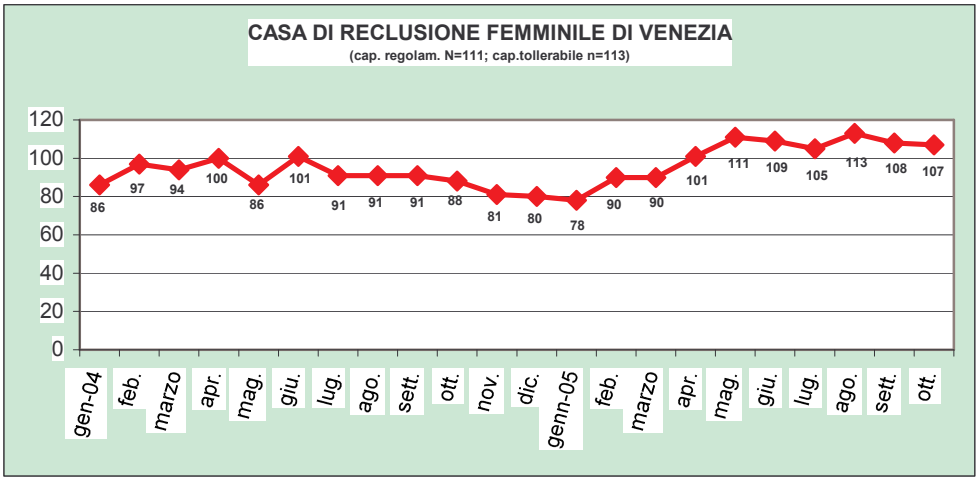

TREND PRESENZE
C.R Padova
790
770
750
730
710
690
670
650
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

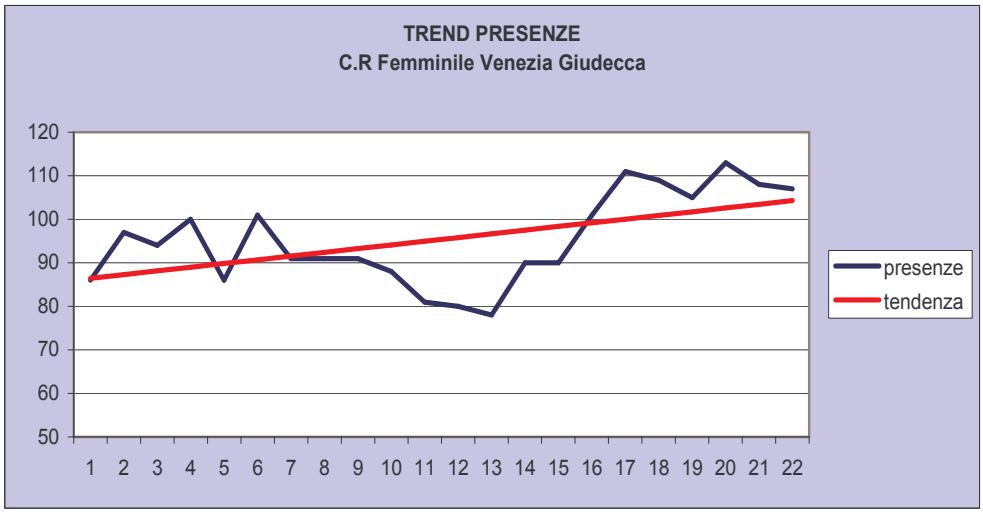

CASA CIRONDARIALE DI ROVIGO
(cap. regolam. n=66; cap. tollerabile n=79)
140
120
100
80
60
40
20
0
77
80
81
89
99
87
90
88
85
93
93
90
90
96
103
112
117
112
115
103
107
115
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.

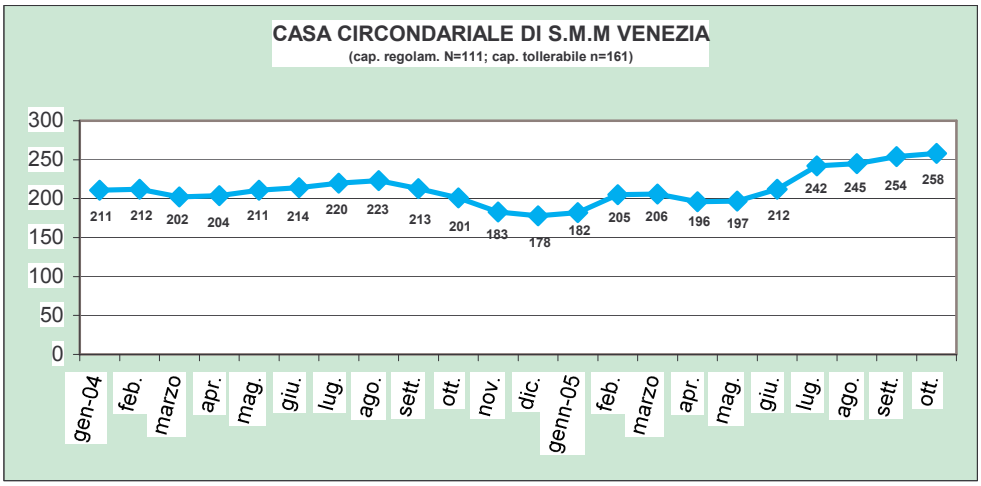

TREND PRESENZE
C.C Rovigo
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

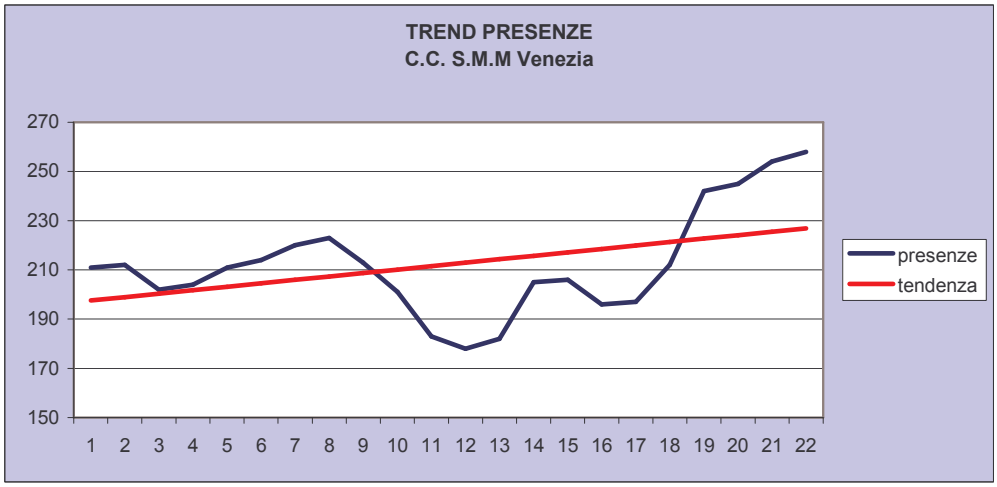

CASA CIRCONDARIALE DI TREVISO
(cap. regolam. N=128; cap. tollerabile n=187)
350
300
250
200
150
100
50
0
240
248
245
258
275
287
229
237
238
256
252
258
265
267
287
273
270
268
253
247
247
250
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.

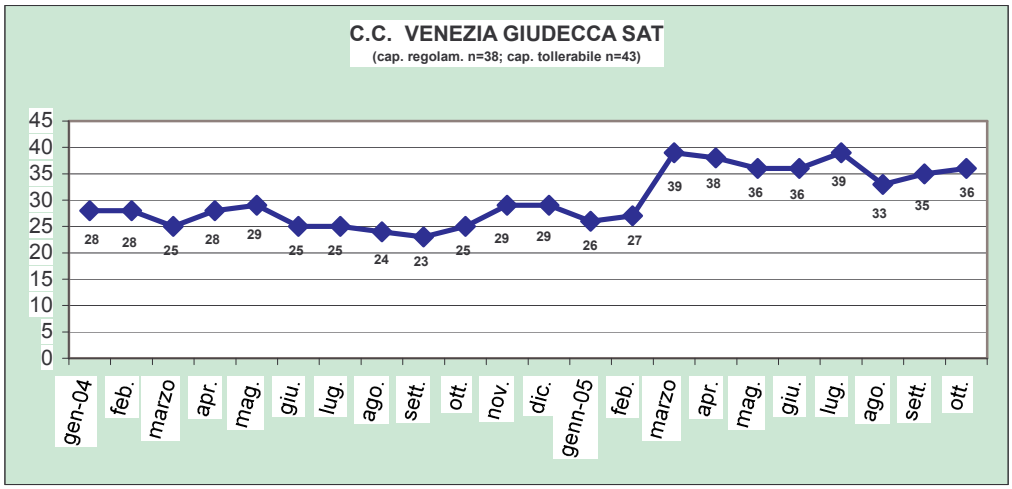

TREND PRESENZE
C.C. Treviso
310
290
270
250
230
210
190
170
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

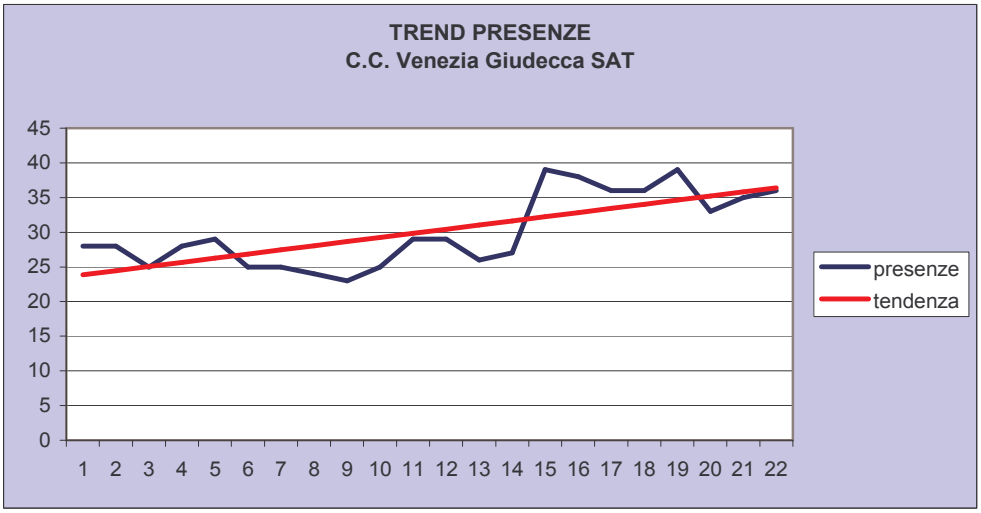

CASA DI RECLUSIONE FEMMINILE DI VENEZIA
(cap. regolam. N=111; cap.tollerabile n=113)
120
100
80
60
40
20
0
86
97
94
100
86
101
91
91
91
88
81
80
78
90
90
101
111
109
105
113
108
107
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.

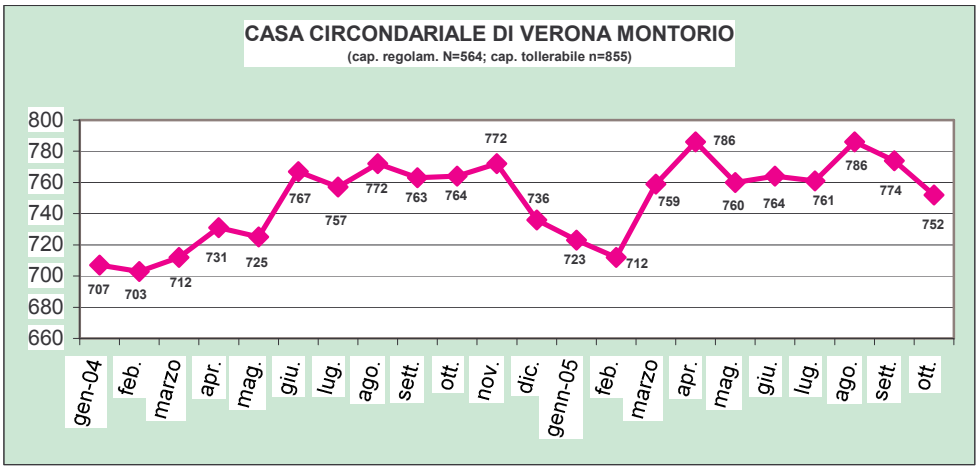

TREND PRESENZE
C.R Femminile Venezia Giudecca
120
110
100
90
80
70
60
50
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

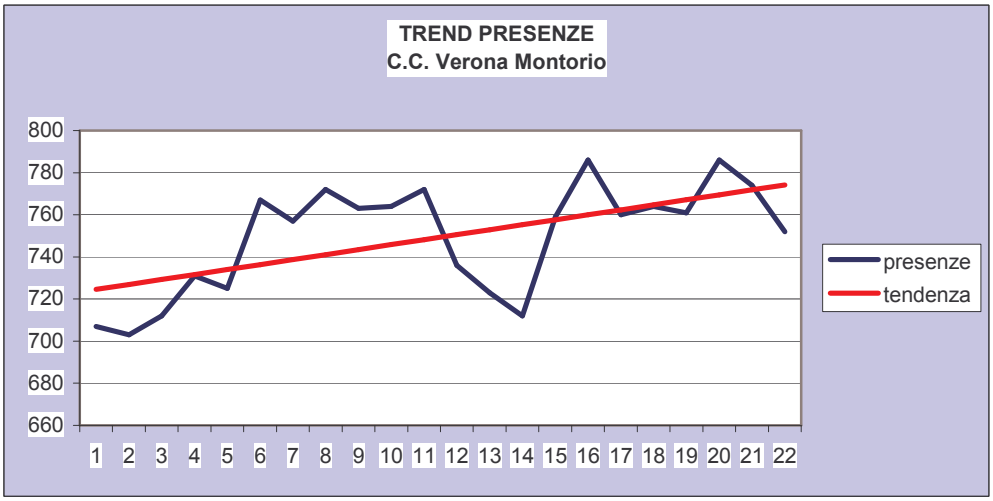

CASA CIRCONDARIALE DI S.M.M VENEZIA
(cap. regolam. N=111; cap. tollerabile n=161)
300
250
200
150
100
50
0
211 212 202 204 211 214 220 223 213 201 183 178 182 205 206 196 197 212 242 245 254 258
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.

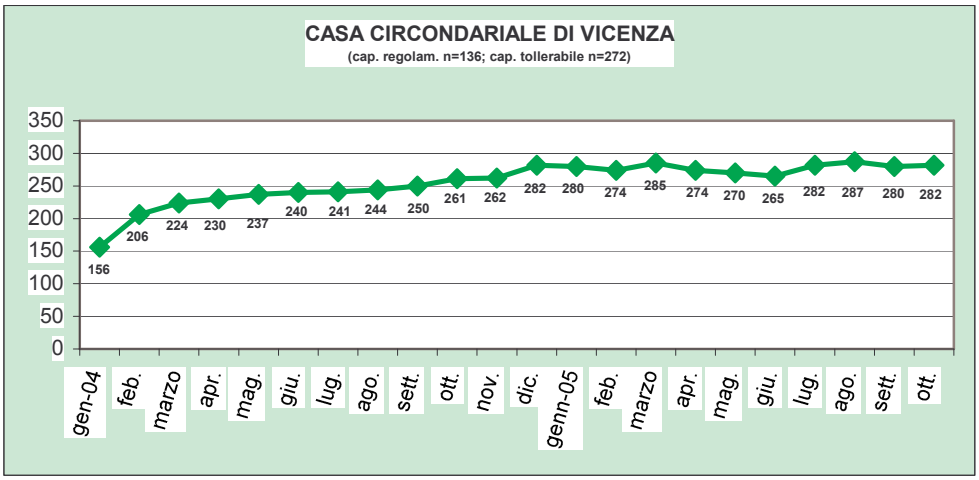

TREND PRESENZE
C.C. S.M.M Venezia
270
250
230
210
190
170
150
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

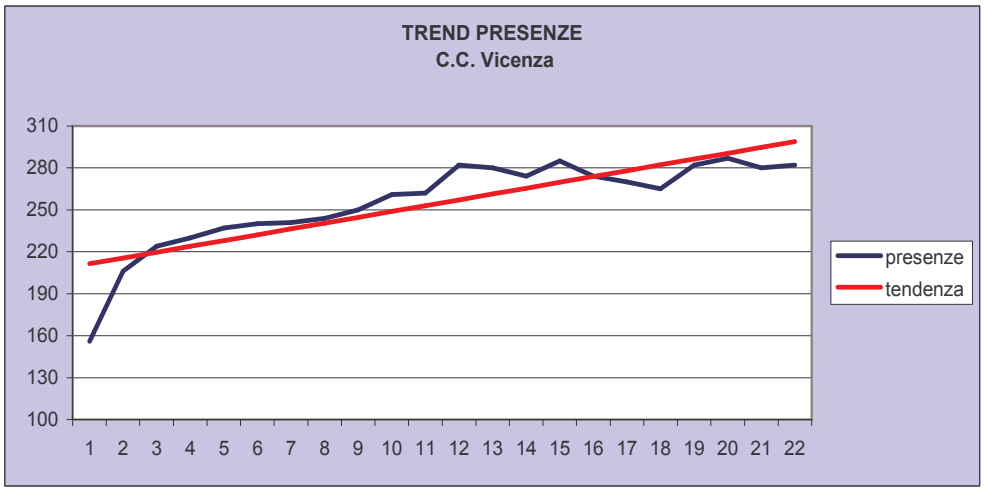

C.C. VENEZIA GIUDECCA SAT
(cap. regolam. n=38; cap. tollerabile n=43)
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
28 28 25 28 29 25 25 24 23 25 29 29 26 27 39 38 36 36 39 33 35 36
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.


TREND PRESENZE
C.C. Venezia Giudecca SAT
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza


CASA CIRCONDARIALE DI VERONA MONTORIO
(cap. regolam. N=564; cap. tollerabile n=855)
800
780
760
740
720
700
680
660
707
703
712
731
725
767
757
772
763
764
772
736
723
712
759
786
760
764
761
786
774
752
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.


TREND PRESENZE
C.C. Verona Montorio
800
780
760
740
720
700
680
660
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza


CASA CIRCONDARIALE DI VICENZA
(cap. regolam. n=136; cap. tollerabile n=272)
350
300
250
200
150
100
50
0
156
206
224
230
237
240
241
244
250
261
262
282
280
274
285
274
270
265
282
287
280
282
gen-04
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.
nov.
dic.
genn-05
feb.
marzo
apr.
mag.
giu.
lug.
ago.
sett.
ott.


TREND PRESENZE
C.C. Vicenza
310
280
250
220
190
160
130
100
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
presenze
tendenza

Indice di sovraffollamento nelle Carceri del Veneto al 31/12/2004

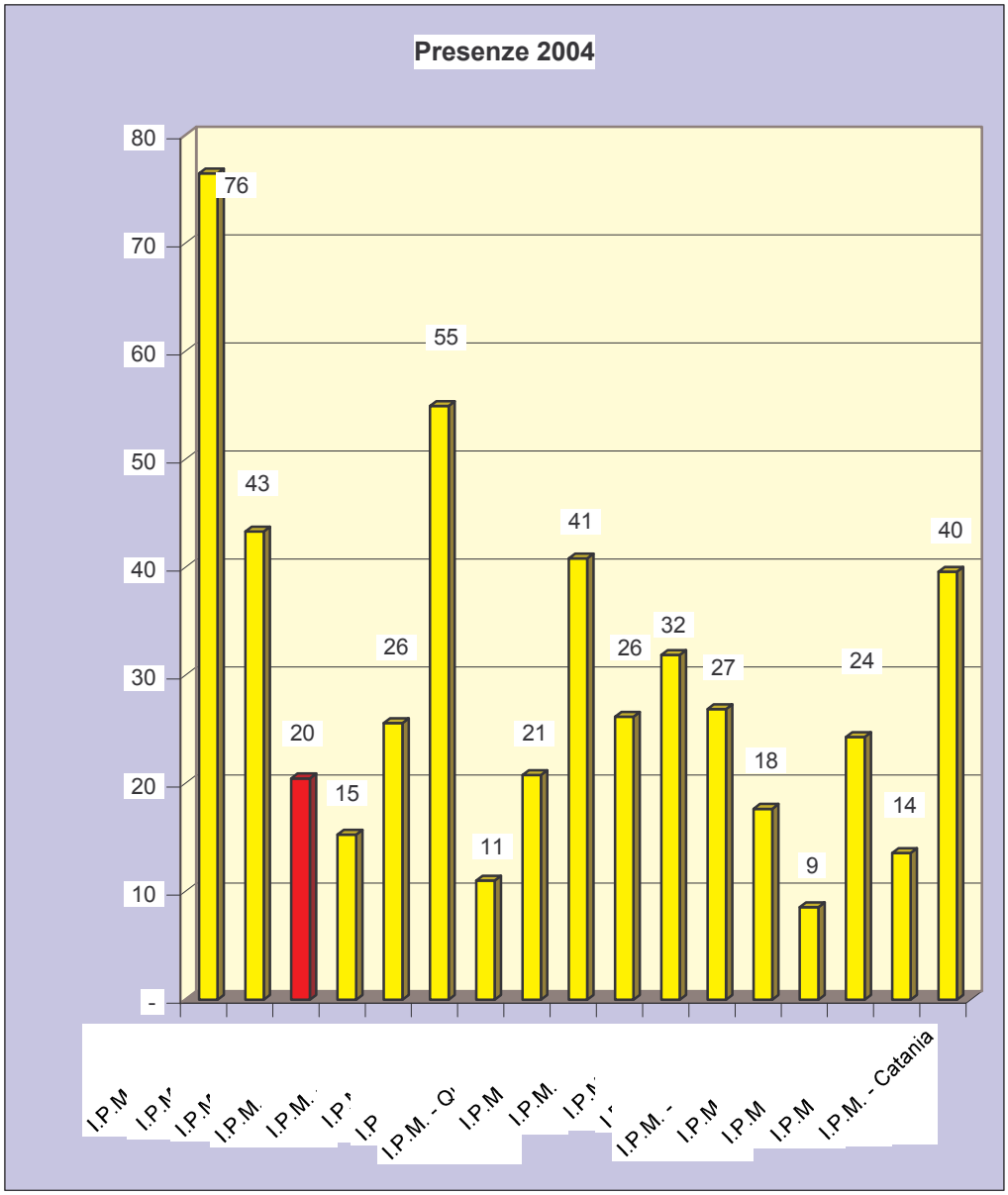
	Presenze 31/12/2004	Capienza regolamentare	Indice di sovraffolamento (presenze/capienza) (*)	Tasso di capienza (**)
C.C PADOVA	238	98	2,43	**243%**
C.C VICENZA	282	136	2,07	**207%**
C.C TREVISO	258	128	2,02	**202%**
C.R PADOVA	713	446	1,6	**160%**
C.C VENEZIA SMM	178	111	1,6	**160%**
C.C. ROVIGO	90	66	1,36	**136%**
C.C VERONA MONT	736	564	1,31	**131%**
C.C BELLUNO	103	87	1,18	**118%**
C.C VENEZIA-GIUD	29	38	0,76	**76%**
C.R.F VENEZIA	80	111	0,72	**72%**

Indice di sovraffollamento nelle Carceri del Veneto al 30/06/2005

	Presenze 30/06/2005	Capienza regolamentare	Indice di sovraffolamento (presenze/capienza) (*)	Tasso di Capienza (**)
C.C PADOVA	247	98	2,52	**252%**
C.C TREVISO	262	128	2,05	**205%**
C.C VICENZA	269	136	1,98	**198%**
C.C VENEZIA SMM	209	111	1,88	**188%**
C.R PADOVA	733	446	1,64	**164%**
C.C. ROVIGO	108	66	1,64	**164%**
C.C VERONA MONT	784	564	1,39	**139%**
C.C BELLUNO	102	87	1,17	**117%**
C.R.F VENEZIA	108	111	0,97	**97%**
C.C VENEZIA-GIUD	36	38	0,95	**95%**

(*) rapporto tra presenze e capienza: ottimale: <1 ; adeguato = 1
(**) indice di sovraffollamento x 100: adeguato = 100; ottimale: < 100

Presenza media negli Istituti Penali Minorili in Italia[6]



[6] fonte: Dipartimento Giustizia Minorile – Servizio Statistico

UP-DATE SULLA POPOLAZIONE CARCERARIA MONDIALE

Riportiamo in questo capitolo i dati relativi alle Carceri di tutto il mondo, così come ci è stato gentilmente fornito e concesso di pubblicare personalmente da Roy Walmsley[7], membro del Centro Internazionale degli Studi sulle Carceri e Direttore del Word Prison Brief *Online*.
Ogni dato riportato in questo capitolo si riferisce a tale Centro.
Per tutte le informazioni, è possibile rivolgersi a:

International Centre for Prison Studies
King's College London – School of Law
3rd Floor
26-29 Drury Lane
London WC2B 5RL
Tel: 00 44 (0)2078481922
Fax: 00 44 (0)2078481901
Website: www.prisonstudies.org
E-mail: icps@kcl.ac.uk

[7] Roy Walmsley è consulente onorario presso le Nazioni Unite e socio dell'International Centre for Prison Studies (ICPS), King's College, London. Presso l'ICPS è direttore del Word Prison Brief *Ondine*, un database comprensivo delle informazioni che riguardano il sistema carcerario mondiale, che è liberamente consultabile al sito www.prisonstudies.org

L'Elenco della Popolazione Detenuta nel Mondo, giunto alla sua sesta edizione, fornisce dettagli sul numero di detenuti presenti in 211 Paesi indipendenti e territori dipendenti. Esso illustra le differenze nel livello di detenzione nei vari Paesi del mondo, e rende possibile una stima della popolazione detenuta mondiale. Le informazioni più recenti risalgono alla fine di Febbraio 2005.

Le precedenti edizioni dell'Elenco sono state pubblicate dalla Research and Statistics Directorate dell'UK Home Office. L'ICPS è lieto di continuare tale lavoro, che funge da completamento alle informazioni che vengono già pubblicate ed aggiornate dall'ICPS stesso nel suo sito internet www.prisonstudies.org.Questa edizione, come le precedenti, è stata redatta basandosi su diverse fonti. In quasi tutti i casi, la fonte originale è l'Amministrazione Penitenziaria Nazionale del Paese in questione, oppure il Ministero responsabile dell'Amministrazione Penitenziaria. La maggior parte delle tabelle riguarda dati pervenuti tra la metà del 2002 ed il Febbraio 2005. Dal momento che il tasso di popolazione detenuta (ogni 100,000 abitanti) si basa su stime della popolazione nazionale, questo non deve essere considerato del tutto preciso. Per mettere a confronto le percentuali della popolazione detenuta nelle varie regioni del mondo, e per effettuare una stima del numero dei detenuti nei paesi per cui tali informazioni non siano disponibili, sono state utilizzate delle cifre percentuali medie, poiché così facendo si minimizza l'effetto dei Paesi con cifre percentuali insolitamente alte o basse.

L'Elenco presenta un certo numero di punti deboli. Non sono disponibili le tabelle di undici Paesi e le informazioni non fanno riferimento alla stessa data. La possibilità di paragonare tali dati è ulteriormente compromessa dalle diverse modalità utilizzate nei vari Paesi, per esempio, sul fatto che tutti i detenuti in attesa di giudizio ed i minori siano o meno tenuti sotto la giurisdizione dell'Amministrazione Penitenziaria, ed anche il fatto che l'Amministrazione Penitenziaria sia responsabile o meno per i criminali con disturbi psichiatrici o tossicodipendenti . Le persone in stato di arresto sono state solitamente omesse dal totale nazionale, nel momento in cui queste non rispondono all'autorità dell'Amministrazione Penitenziaria.

Pur con i suoi limiti, si spera che l'Elenco della Popolazione Detenuta nel Mondo sia di utilità ai criminologi che, nel contesto universitario, studiano la carcerazione in nel Mondo, nonché sia utile alle organizzazioni non-governative interessate alle diversità e alla pratica della giustizia. I dati – nonostante le loro imperfezioni – potrebbero far fluire nuove linee di pensiero tra i politici ed altri esperti di giustizia a proposito delle dimensioni della popolazione detenuta nel loro paese, dato l'alto livello delle spese e la discutibile efficacia della carcerazione.

Punti chiave

- Oltre 9 milioni di persone sono detenute in Istituti Penali in tutto il mondo. La maggior parte sono detenuti in attesa di giudizio (in custodia preventiva) o detenuti definitivi. Quasi la metà di essi si trovano negli Stati Uniti (2.09 milioni), in Cina (1.55 milioni oltre ai detenuti in attesa di giudizio e carcerati in 'detenzione amministrativa'), o in Russia (0.76 milioni).

- Gli Stati Uniti presentano il tasso mondiale di popolazione detenuta più elevato, circa 714 detenuti ogni 100,000 abitanti, seguiti da Bielorussia, Bermuda e Russia (tutte 532), Palau (523), Isole Vergini degli USA (490), Turkmenistan (489), Cuba (487), Suriname (437), Isole Cayman (429), Belize (420), Ucraina (417), St Kitts e Nevis (415), Maldive (414), Sudafrica (413) e Bahamas (410).

- Quasi tre quinti dei Paesi (58%) presentano tassi al di sotto di 150 detenuti per 100,000 abitanti.

- I tassi della popolazione detenuta variano considerevolmente tra le diverse regioni del mondo, come anche tra le diverse parti del medesimo continente. Per esempio:
  - In Africa la percentuale media per i paesi dell'Africa Occidentale è 52, mentre per i paesi dell'Africa Meridionale è 324;
  - Nelle Americhe la percentuale media per i paesi dell'America Meridionale è 152, mentre per i paesi dei Carabi è 324;
  - In Asia la percentuale media per i paesi dell'Asia Centro-Meridionale (principalmente il subcontinente indiano) è 55, mentre per i paesi dell'Asia Centrale (ex-sovietica) è 386;
  - In Europa, la percentuale media per i paesi dell'Europa Meridionale è 80, mentre per i paesi dell'Europa Centrale ed Orientale è 184;
  - In Oceania (incluse Australia e Nuova Zelanda) la percentuale media è 111.

- La popolazione detenuta è in crescita in molte parti del mondo. Informazioni aggiornate sui paesi inclusi nelle precedenti edizioni dell'Elenco della Popolazione Detenuta Mondiale dimostrano che la popolazione detenuta è aumentata nel 73% di questi paesi (nel 64% dei paesi in Africa, 79% nelle Americhe, 88% in Asia, 69% in Europa e 69% in Oceania).

Tabella 1 – AFRICA

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Nord Africa					
Algeria	**38.868**	1/104	32.05m	**121**	NPA
Egitto	**c.80.000**	/98	66m	**c.121**	Criminal justice expert, Egitto
Libia	**11.790**	31/7/04	5.7m	**207**	NPA
Marocco	**54.200**	6/04	31.1m	**174**	Moroccan human r'ts c'ttee report
Sudan	**c.12.000**	3/03	33.2m	**c.36**	NPA
Tunisia	**23.165**	31/12/96	9.15m	**252**	United nation 5th Survey
Africa Occidentale					
Benin	**4.961**	30/9/00	6.1m	**81**	NPA
Burkina Faso	**2.800**	9/02	12.2m	**23**	NPA
Capo Verde	**755**	12/99	423.000	**178**	NPA
Costa d'Avorio	**10.355**	8/3/02	16.6m	**62**	NPA
Gambia	**450**	9/02	1.4m	**32**	NPA
Ghana	**11.379**	26/12/03	21.25m	**54**	NPA
Guinea	**3.070**	Mid-02	8.4m	**37**	NPA
Mali	**4.040**	2/02	11.9m	**34**	NPA
Mauritania	**1.185**	9/03	2.9m	**41**	US State Dep't human r'ts report
Niger	**c.6.000**	Mid-02	11.6m	**c.52**	NPA

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Nigeria	**39.153**	29/2/04	126m	**31**	NPA
Senegal	**5.360**	9/02	9.9m	**54**	NPA
Togo	**3.200**	8/03	4.9m	**65**	Afrol News
Africa Centrale					
Angola	**6.008**	4/4/03	13.6m	**44**	NPA
Cameroon	**20.000**	06/03	16m	**125**	NPA
Repubb. centro-africana	**4.168**	/01	3.8m	**110**	NPA
Chad	**3.883**	Mid-02	8.4m	**46**	NPA
Congo (Brazzaville)	**918**	/93	2.4m	**38**	PRI, from NPA
Dem. Repub. Congo	**c.30.000**	1/04	25.8m	**c.57**	Criminal justice expert, Congo
Sao Tome e principe	**130**	4/02	165.000	**79**	NPA
Africa Orientale					
Burundi	**7.914**	/03	6.8m	**116**	Ministry of Justice, Burundi
Comoros	**c.200**	/98	658.000	**c.30**	Criminal justice expert, Comoros
Djibouti	**384**	16/12/99	629.000	**61**	Min. of Foreign Affaire, Djibouti
Etiopia	**c.65.000**	Mid-03	70.7m	**c.92**	Criminal justice expert, Etiopia
Kenya	**55.000**	9/04	32.5m	**169**	Office of Vice President, Kenya
Madagascar	**c.19.000**	/03	17.4m	**c.109**	Ministry of Justice, Madagascar
Malati	**8.566**	20/11/03	12.2m	**70**	NPA

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Mauritius	**2.565**	4/03	1.2m	**214**	NPA
Mozambico	**8.812**	31/12/99	17.6m	**50**	UNDP report
Rwanda	**112.000***	Mid-02	8.1m	**-***	NPA
(*La popolazione carceraria totale include 103,134 in attesa di giudizio per la partecipazione al genocidio)					
Seychelles	**149**	/03	80.000	**186**	US State Dep't human r'ts report
Tanzania	**43.244**	1/5/04	37.2m	**116**	NPA
Uganda	**c.21.900**	5/02	24.7m	**c.89**	NPA (15.902) + c.6.000 nelle prigioni locali
Zambia	**13.200**	12/03	10.8m	**122**	NPA
Zimbabwe	**c.20.000**	31/12/03	12.9m	**c.155**	US State Dep't human r'ts report
Mayotte (Francia)	**161**	1/12/03	189.000	**85**	French Ministry of Justice
Réunion (Francia)	**1.054**	1/12/04	772.000	**137**	French Ministry of Justice
Sud Africa					
Botswana	**6.105**	3/12/04	1.8m	**339**	NPA
Lesotho	**3.000**	Mid-02	2.1m	**143**	NPA
Namibia	**4.814**	31/12/01	1.8m	**267**	NPA
South Africa	**186.739**	31/08/04	45.2m	**413**	NPA
Swaziland	**3.245**	31/12/02	1m	**324**	NPA

Dati non reperibili:	**Africa Occidentale**. Guinea Bissau; Liberia; Sierra Leone. **Africa Centrale**: Guinea Equatoriale; Gabon **Africa Orientale**: Eritrea; Somalia.

Tabella 2 – AMERICHE

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Nord America					
Canada	**36.389***	02-03	31.44m	**116**	Statistics Canada
(*popolazione media giornaliera, inclusi i giovani assassini, 1/4/2002-31/3/2003)					
USA	**2.085.620**	31/12/03	292,2m	**714**	US Bureau of Justice Statistics
Bermuda (UK)	**343**	11/11/03	64.500	**532**	NPA
Greenland (Danimarca)	**107**	5/10/04	56.400	**190**	Danish NPA
America Centrale					
Belize	**1.074**	/03	256.000	**420**	US State Dep't human r'st report
Costa Rica	**7.619**	11/04	4,3m	**177**	Ministry of Justice, Costa Rica
El Salvador	**12.117**	/04	6,6m	**184**	Int'l Corrections+Prisons Assoc'n
Guatemala	**8.307**	2/03	12,2m	**68**	PRI Newsletter 53, 2003
Honduras	**11.236**	Mid-04	7,1m	**158**	Int'l Corrections+Prisons Assoc'n
Messico	**191.890**	28/11/04	105,5m	**182**	NPA
Nicaragua	**5.610**	31/10/04	5,6m	**100**	NPA (excl. those in police lockups)
Panama	**10.630**	3/03	3m	**354**	Criminal Justice expert, Panama
Caraibi					
Antigua e Barbuda	**184**	21/1/05	68.320	**269**	NPA

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Bahamas	**1.280**	10/02	312.000	**410**	NPA
Barbados	**992**	11/11/03	270.000	**367**	NPA
Cuba	**c.55.000**	/03	11,3m	**c.487**	Nils Chriestie, Oslo university
Domenica	**243**	31/12/03	72.000	**337**	US State Dep't Dep't human r'st report
Repubblica Dominicana	**13.836**	28/4/04	8,8m	**157**	NPA
Grenada	**237**	22/2/05	89.400	**265**	NPA
Haiti	**3.519**	/03	8,3m	**42**	NPA (excl. Those in police lockups)
Jamaica	**4.744**	18/11/03	2,7m	**176**	NPA
St. Kitts e Nevis	**195**	9/03	47.000	**415**	US State Dep't Dep't human r'st report
St. Lucia	**460**	8/03	160.000	**287**	US State Dep't Dep't human r'st report
St. Vincent e Granadines	**397**	1/2/05	111.000	**339**	NPA
Trinidad e Tobago	**3.991**	10/03	1,3m	**307**	NPA
Aruba (Olanda)	**231**	21/1/05	71.200	**324**	NPA
Isole Cayman (UK)	**187**	17/12/04	43.600	**429**	NPA
Guadeloupe (Francia)	**767**	1/12/04	444.000	**173**	French Ministry of Justice
Martinique (Francia)	**671**	1/12/04	396.000	**169**	French Ministry of Justice
Antille (Olanda)	**780**	11/98	214.000	**364**	Dutch NPA
Puerto Rico (US)	**15.046**	31/12/03	3,9m	**386**	US Bureau of Justice Statistics

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Isole Vergini (UK)	**43**	19/8/99	20.000	**215**	Prison reform coordinator, UK Oversesas Territoires
Isole Vergini (US)	**559**	31/12/03	114.000	**490**	US Bureau of Justice Statistics
Sud America					
Argentina	**56.313**	31/12/02	38.15m	**148**	Prison Statistics System
Bolivia	**6.768**	12/03	8,9m	**76**	NPA
Brasile	**330.642**	6/04	180,7m	**183**	NPA
Cile	**33.098**	30/6/02	15,6m	**212**	ILANUD, from NPA
Colombia	**68.545**	10/04	45,2m	**152**	NPA
Ecuador	**13.045**	/03	13m	**100**	NPA
Guyana	**1.295**	1/05	768.000	**169**	NPA
Paraguay	**4.088**	/99	5,84m	**75**	ILANUD, from NPA
Peru	**32.129**	10/04	28,1m	**114**	NPA
Suriname	**1.933**	30/6/99	442.000	**437**	ILANUD, from NPA
Uruguay	**7.100**	9/03	3,4m	**209**	Criminal Justice export, Uruguay, NPA
Venezuela	**21.342**	8/7/03	25,7m	**83**	NPA
Guaina Francese (Francia)	**691**	1/12/04	193.000	**358**	French Ministry of Justice

Tabella 3 – ASIA

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Asia Occidentale					
Bahrain	**911**	31/12/97	589.000	**155**	United nations 6th Survey
Iraq	**c.15.000**	4/04	25,2m	**c.60**	Washington Times, USA
Israele	**13.603**	6/9/04	6,5m	**209**	NPA
Giordania	**5.448**	2/02	5,15m	**106**	PRI
Kuwait	**c.3.700**	/03	2,5m	**c.148**	US State Dep't Dep't human r'st report
Libano	**5.375**	12/11/04	3,7m	**145**	NPA
Oman	**2.020**	/00	2,5m	**81**	United nations 7th Survey
Katar	**570**	/00	599.000	**95**	United nations 7th Survey
Arabia Saudita	**23.720**	/00	21.6m	**110**	United nations 7th Survey
Siria	**14.000**	/97	15m	**93**	Conference Paper, January 1998
Emirati Arabi	**c.6.000**	12/98	2,4m	**c.250**	Criminal Justice Experts in U.A.E.
Yemen	**14.00***	/98	16,9m	**83***	PRI Newsletter 33, 1998
		(*solo nelle prigioni governative)			
Asia Centrale					
Kazakhstan	**58.300**	31/8/03	15,1m	**386**	Penal Reform International, Almaty
Kyrgyzstan	**19.500**	3/02	5m	**390**	NPA
Tajikistan	**c.10.000**	9/03	6,3m	**c.159**	Criminal Justice Experts, Tajikistan

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Turkmenistan	**c.22.000**	10/00	4,5m	**c.489**	BBC, from Interfax
Uzbekistan	**48.000**	8/03	26,1m	**184**	NPA
Sud-Asia Centrale					
Bangladesh	**74.170**	5/04	149,5m	**50**	NPA
India	**313.635**	Mid-03	1.065,5m	**29**	National human rights commission
Iran	**133.658**	7/04	69m	**194**	NPA
Isole Maldive	**1.098***	/96	265.000	**414***	Ministry of Justice, Maldive
		(*solo detenuti definitivi)			
Nepal	**7.132**	/02	24,2m	**29**	Penal Reform International
Pakistan	**86.000**	/04	157,3m	**55**	Criminal Justice Experts, Pakistan
Sri Lanka	**20.975**	31/12/03	19,15m	**110**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Sud-Asia Orientale					
Brunei Darussalam	**463**	Mid-04	366.000	**127**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Cambogia	**6.778**	Mid-04	14,5m	**47**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Indonesia	**84.357**	9/03	219,9m	**38**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Malesia	**43.424**	Mid-04	24,9m	**174**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Myanmar (Bruma)	**c.60.000**	/04	50,1m	**c.120**	NPA
Filippine	**70.383**	/99	74,5m	**94**	UNAFEI, from Criminal Justice Experts, Filippine
Singapore	**16.835***	Mid-04	4,3m	**392***	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
(*non includono i detenuti tossicodipendenti in trattamento riabilitativo presso il Singapore Prison Service)					

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Tailandia	**168.264**	31/12/04	63,85m	**264**	NPA
Timor-Leste	**c.320**	1/2/03	778.000	**41**	UN, High Commiss'r for Human Rights
Vietnam	**55.000**	Mid-98	77,6m	**71**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Asia Orientale					
Cina	**1.548.498***	12/03	1.308,7m	**118***	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
		(*solo detenuti definitivi)			
Giappone	**73.734**	1/1/04	127,8m	**58**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Repubblica Coreana	**57.902**	30/6/04	48m	**121**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Mongolia	**6.400**	Mid-04	2,6m	**246**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference
Taiwan	**57.037**	11/04	22,7m	**251**	NPA
Hong Kong (Cina)	**13.226**	30/6/04	7m	**189**	NPA
Macau (Cina)	**875**	30/6/04	445.000	**197**	NPA, Asia-Pacific Annual Conference

Dati non reperibili:	**Sud-Asia Centrale:** Afganistan, Bhutan **Sud-Asia Orientale:** Laos. **Asia Orientale:** Corea (repubblica Democratica della Corea del Nord).

Tabella 4 – EUROPA

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Nord Europa					
Danimarca	**3774**	5/10/04	5,41m	**70**	NPA
Estonia	**4571**	1/4/04	1,35m	**339**	NPA
Finlandia	**3.719**	15/4/04	5,22m	**71**	NPA
Islanda	**115**	1/9/04	292m	**39**	NPA
Irlanda	**3.417**	30/9/04	4,03m	**85**	NPA
Latvia	**7.796**	1/1/05	2,31m	**337**	NPA
Lituania	**8.063**	1/1/04	3,45m	**234**	NPA
Norvegia	**2.975**	1/9/04	4,6m	**65**	NPA
Svezia	**6.755**	1/10/03	8,96m	**75**	NPA
Regno Unito					
- Inghilterra e Galles	**75.320**	25/2/05	53,02m	**142**	NPA
- Irlanda del Nord	**1.275**	24/2/05	1,78m	**72**	NPA
- Scozia	**6.742**	25/2/05	5,11m	**132**	NPA
Isole Faeroe (Danimarca)	**14**	5/10/04	46.000	**30**	Danish NPA
Guernsey (UK)	**107**	2/12/04	65.100	**164**	NPA
Isle of Man (UK)	**62**	24/11/04	74.800	**83**	NPA
Jersy (UK)	**168**	26/11/04	90.600	**185**	NPA

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Europa del Sud					
Albania	**3.778**	11/03	3,6m	**105**	NPA
Andorra	**61**	1/9/03	67.800	**90**	C of E annual Penal Statistics
Bosnia e Herzegovina					
- Federazione	**1.509**	31/1/05	2,6m	**58**	Ministry of Justice, Federation of B+H
- Repubblica Srpska	**1.052**	31/12/04	1,4m	**75**	Ministry of Justice of B+H Repubblica Srpska
Croazia	**3.010**	30/6/04	4,44m	**68**	NPA
Grecia	**8.760**	16/12/04	10,65m	**82**	Ministry of Justice
Italia*	**57.046**	30/06/04	58,17m	**98**	NPA
(in accordo con l'Italia i detenuti di San Marino e Città del Vaticano sono ristretti nelle Carceri italiane)					
Macedonia (F Yug Rep)	**1.598**	1/9/03	2,06m	**78**	C of E annual Penal Statistics
Malta	**278**	1/9/03	388.000	**72**	C of E annual Penal Statistics
Portogallo	**13.498**	1/12/04	10,54m	**128**	NPA
Serbia e Montenegro					
- Serbia	**7.487**	1/9/03	8,1m	**92**	C of E annual Penal Statistics
- Montenegro	**734**	1/9/03	680.000	**108**	C of E annual Penal Statistics
- Kosovo	**1.182**	7/03	1,9m	**62**	Statistical Office of Kosovo
Slovenia	**1.129**	24/2/05	2m	**56**	NPA
Spagna	**59.899**	18/2/05	42,93m	**140**	NPA

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Gibilterra (UK)	**19**	17/12/04	27.800	**68**	NPA
Europa Occidentale					
Austria	**8.700**	1/2/05	8,18m	**106**	NPA
Belgio	**9.245**	1/3/04	10,5m	**88**	NPA
Francia	**55.028***	1/12/04	60,14m*	**91**	Ministry of Justice
(*sono esclusi i dipartimenti e i territori in Africa, America ed Oceania)					
Germania	**79.329**	31/8/04	82,60m	**96**	Federal Ministry of Justice
Liechtenstein*	**18**	1/9/03	34.200	**53**	C of E annual Penal Statistics
(*in accordo con l'Austria alcuni detenuti del Liechtenstein sono ristretti nelle Carceri austriache)					
Lussemburgo	**655**	16/2/05	455.300	**144**	NPA
Monaco*	**13**	10/98	33.000	**39**	Information from Pierre Turnier
*(in accordo con la Francia alcuni detenuti del Principato di Monaco sono ristretti nelle Carceri francesi)					
Olanda	**19.999**	1/7/04	16,32m	**123**	NPA
Svizzera	**6.021**	1/9/04	7,39m	**81**	Federal Statistical Office
Europa/Asia					
Armenia	**2.866**	1/4/04	3,21m	**92**	NPA
Azerbaijan	**16.345**	1/9/03	8,24m	**198**	C of E annual Penal Statistics
Cipro	**355***	1/9/03	709.000*	**50**	NPA
(*esclusa la Repubblica Turca di Cipro del Nord (TRCN). Includendo TRCN la popolazione di Cipro è stimata intorno ai 809.000 unità nel 2203, più circa 100.000 coloni turchi)					

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Georgia	**7.091**	18/8/04	4,3m	**165**	PRI
Russia Federale	**763.054**	1/1/05	143,4m	**532**	NPA
Turchia	**67.772(**	3/04	71,43m	**95**	NPA
Europa Centro-Orientale					
Belarus	**52.500**	/03	9,87m	**532**	Ministry of Internal Affairs
Bulgaria	**11.060**	1/2/05	7,76m	**143**	NPA
Repubblica Ceca	**18.830**	31/1/05	10,22m	**184**	NPA
Ungheria	**16.700**	20/11/03	10,11m	**165**	NPA
Moldavia	**10.729***	1/9/03	3,61m*	**297**	C of E annual Penal Statistics
(*esclusa la Transilvania. Includendo la Transilvania, la popolazione della Moldavia è stimata in 4,3 milioni di unità)					
Polonia	**79.087**	31/10/04	38,17m	**209**	NPA
Romania	**39.015**	11/1/05	21,65m	**180**	NPA
Slovacchia	**8.891**	8/1/04	5,38m	**165**	NPA
Ucraina	**198.386**	1/9/03	47,7m	**416**	C of E annual Penal Statistics

Tabella 6 – OCEANIA

	Popolazione detenuta totale	**Data**	**Popolazione nazionale stimata**	**Tasso di popolazione detenuta** (per 100.000 di pop. Nazionale)	**Fonte**
Fiji	**1.083**	Mid-04	847.000	**128**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Kiribati	**81**	Mid-04	100.800	**80**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Marshall Is.	**23**	/94	52.000	**44**	United Netion 5th Survey
Micronesia, Stato Federale di	**39**	/97	114.000	**34**	F S Micronesia Statistical Yearbook
Nauru	**6**	2/03	12.500	**48**	"The Grand Island Indipendent", Nebraska, USA
Nuova Zelanda	**6.802**	Mid-04	4,06m	**168**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Palau	**103**	19/2/03	19.700	**523**	Ministry of Justice
Papua Nuova Guinea	**3.302**	Mid-02	5m	**66**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Samoa	**281**	12/11/03	178.000	**158**	NPA
Solomon Is.	**275**	Mid-04	491.000	**56**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Tonga	**116**	Mid-04	110.200	**105**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Tuvalu	**6**	Mid-00	10.800	**56**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Vanuatu	**93**	Mid-03	212.000	**44**	NPA. Asia-Pacific annual conference
American Samoa (US)	**174**	31/12/03	57.900	**301**	US Bureau of Justice Statistics
Cook Is. (NZ)	**19**	Mid-03	21.000	**90**	NPA. Asia-Pacific annual conference
Polinesia Francese (Francia)	**327**	1/12/04	250.000	**131**	French Ministry of Justice
Guam (US)	**579**	31/12/03	164.000	**353**	US Bureau of Justice Statistics
Nuova Caledonia (Francia)	**286**	1/12/04	235.000	**122**	French Ministry of Justice

	Popolazione detenuta totale	Data	Popolazione nazionale stimata	Tasso di popolazione detenuta (per 100.000 di pop. Nazionale)	Fonte
Mariana del Nord (US)	**136**	31/12/03	78.400	**173**	US Bureau of Justice Statistics

Abbreviazioni	**C of E**	Coucil of Europe	**PRI**	Penal Reform International
	ILANUD	UN Latin American Institute	**UNAFEI**	UN Asia and Far East Institute
	NPA	National Prison Administration	**UNDP**	UN Development Programme

- Parte Prima -

Politiche della Regione Veneto in Tema di Sanità e Carcere

Premesse

La Regione del Veneto da sempre dedica un'attenzione particolare all'area Penitenziaria con l'obiettivo di promuovere, sviluppare e realizzare una rete informativa integrata tra tutte le fonti istituzionali, associative, di volontariato e del terzo settore, valida per l'interpretazione dei fenomeni sociali che caratterizzano tale area e per la programmazione di iniziative qualificate, modulari e dinamiche che rispondano adeguatamente ai problemi della criminalità, emarginazione e devianza sociale, con particolare attenzione al fenomeno dell'immigrazione straniera ed extracomunitaria.
La complessità del sistema penitenziario, i numerosi e diversificati bisogni espressi dalle persone coinvolte nel circuito penitenziaro, le difficoltà che le stesse persone incontrano a conclusione della loro detenzione nell'affrontare il vivere quotidiano, richiedono alle amministrazioni pubbliche un impegno maggiore e una fattiva collaborazione interistituzionale al fine di produrre interventi effettivamente efficaci.
L'impegno e la volontà dell'Amministrazione Regionale di prendersi cura dei soggetti coinvolti nel circuito penale si è concretamente declinata in tre importanti azioni:

1. *La stipula del Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto, dell' 8 aprile 2003, che postula quali principi cardine dell'operato istituzionale "*il superamento del carcere come unica possibile risposta al problema della criminalità e devianza sociale*" e "*l'individuazione e la flessibilità del trattamento del condannato con il determinante contributo della comunità esterna*".*
   Il Protocollo d'Intesa prevede, inoltre, l'istituzione di una apposita Commissione Interistituzionale Permanente, con il compito di verificare e controllare lo stato di attuazione dello stesso e favorire lo sviluppo di attività normative di programmazione regionale in ambito penitenziario. La Commissione Interistituzionale dal 2003 ad oggi ha prodotto due rapporti annuali contenenti delle proposte operative in relazione alle diverse complessità delle situazioni carcerarie.

2. L'istituzione di un Osservatorio Regionale sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna.

3. L'avvio del progetto regionale "Carcere e dipendenze", affidato all'ULSS n.6 di Vicenza, attraverso il quale la Regione si propone due obiettivi principali: tracciare, attraverso una specifica indagine, la mappatura dell'attività socio-sanitaria a favore dei detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti e individuarne le buone prassi; realizzare la sperimentazione, attraverso la progettazione partecipata sulle prassi esistenti, di realtà pilota, di prevenzione, cura e riabilitazione, per lo sviluppo di programmi terapeutici individualizzati a favore di persone detenute dipendenti, in collegamento con il territorio.

La riforma della sanità penitenziaria

Con decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 è stato avviato il riordino della sanità penitenziaria che ha previsto, con decorrenza 1° gennaio 2000, l'iniziale trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) delle competenze relative alla prevenzione e all'assistenza dei detenuti ed internati tossicodipendenti.
Il percorso intrapreso dalla normativa succitata prevedeva l'attivazione in alcune Regioni di una sperimentazione riguarda il trasferimento di tutte le altre funzioni sanitarie.
Al fine di monitorare l'andamento della sperimentazione e di valutarne gli esiti, sono state istitutuite apposite Commissioni istituzionali.
Gli esiti del monitoraggio hanno evidenziato gli aspetti positivi dell'esperienza e, pertanto, era auspicabile non solo la proroga della sperimentazione, ma anche l'effettivo trasferimento delle competenze sanitarie al SSN
A tutt'oggi il settore in cui si è proceduto al passaggio del personale convenzionato è quello dell'assistenza ai tossicodipendenti detenuti, peraltro con modalità non concordate e senza il contestuale trasferimento delle corrispettive risorse finanziarie. I fondi sono stati attribuiti successivamente, ma sono risultati insufficienti a coprire i reali costi delle convenzioni, mentre si è aperto il problema del futuro inquadramento di detto personale, nonché della globale riorganizzazione di questa area dell'assistenza.

Gli interventi a favore dei detenuti tossicodipendenti ai sensi del decreto legislativo 230/99 realizzati dalla Regione del Veneto
A seguito del trasferimento di competenze della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (decreto legislativo 230/99), la Giunta Regionale del Veneto ha avviato un percorso volto ad assicurare la continuità delle attività di cura e assistenza ai detenuti tossicodipendenti, prorogando inizialemnte le convenzioni al personale che opera all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto stipulate dal Ministero della Giustizia.
Da ultimo, con D.G.R. n. 4083 del 22 dicembre 2004, la Giunta Regionale del Veneto ha stabilito che le attività di cura ed assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti competono ai Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende U.L.S.S che potranno, in piena autonomia, decidere se avvalersi o meno delle convenzioni in atto.
Per far fronte alle attività in questione è stato integrato il budget destinato alle Aziende U.L.S.S. sede di Istituto Penitenziario, sulla base del numero di tossicodipendenti certificati in carcere al 30/09/2004, per un importo di € 747.250,00 da destinare alla realizzazione di specifici progetti della durata massima di 18 mesi.

Gli orientamenti della Regione e gli strumenti di programmazione
Gli elementi che qualificano le linee di indirizzo della programmazione regionale sono la promozione dell'incontro tra diversi livelli di responsabilità pubblica e privata nei confronti delle persone e delle comunità locali, insieme alla necessità di condividere un rinnovato concetto di

welfare, che pone al centro la *persona* e la solidarietà, quali valori rilevanti nel contesto complessivo del sistema.
Nel tracciare le sue linee di governo, la Regione si è fatta portavoce di un modello culturale, strategico e operativo di welfare articolato su alcune basi fondamentali: l'integrazione delle responsabilità, l'integrazione dei fattori produttivi, la rete territoriale di offerta, la promozione della famiglia, la promozione della solidarietà organizzata, l'offerta pubblica e privata.
Le problematiche che investono il settore penitenziario possono essere sintetizzate in sei punti:

- sovraffollamento degli Istituti Penitenziari;
- necessità di migliorare le condizioni igienico-sanitarie;
- forte incidenza di tossicodipendenti e alcoldipendenti;
- presenza di soggetti stranieri;
- favorire e regolamentare il lavoro in carcere;
- reinserimento socio-lavorativo.

Le Risorse per i Presidi per le tossicodipendenze in carcere
I fondi stanziati dalla Regione del Veneto per l'anno 2005 per realizzare le prestazioni a favore dei tossicodipendenti e degli alcoldipendenti detenuti sono evidenziati nella sottostante tabella:

363.000 euro	Fondo Sanitario regionale 2005
747.250 euro	DGR 4083/2004 – Fondo Lotta alla Droga

Fra gli strumenti di programmazione regionale in ambito socio-sanitario, oltre al "Piano Regionale dei Servizi alla Persona e alla Comunità. Politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003-2005", vengono inoltre contemplati:

- i Piani di Zona dei Servizi Sociali;
- il sistema di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei servizi sociali e sociosanitari;
- la rete integrata degli Osservatori regionali per le politiche sociali, fra i quali il presente Osservatorio sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna.

Gli obiettivi di governo
Il governo regionale intende *garantire elevati standard di qualità nella sanità e nei servizi sociali*, attraverso una più intensa integrazione tra il ruolo del settore pubblico e di quello privato e, al contempo, *tutelare la sicurezza dei cittadini*, attraverso una politica di prevenzione e di repressione della criminalità.
Questi due obiettivi trovano il loro fondamento in due ragioni fondamentali:

- *La salute è un diritto umano imprescindibile***:** questo principio, sancito in primo luogo dalla Costituzione italiana, art. 32, secondo il quale "la Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", viene ribadito, in riferimento ai soggetti detenuti, dall'Art. 1 del Decreto Legislativo n.230/99, secondo il quale: "*i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione,*

efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali". Secondo tale principio, la salute, intesa come benessere psicofisico, legato alla qualità delle condizioni i vita, al trattamento di condizioni di patologie e alla tutela dei diritti delle persone (OMS, 2000), è un diritto *umano* di per sé, che deve quindi essere garantito *anche* ai soggetti ristretti all'interno degli Istituti di Pena, in quanto *persone.* La tensione verso la prevenzione e tutela della salute dei cittadini, e quindi le attività sanitarie, non possono incontrare confini di fronte alle mura carcerarie.

- *La necessità di un'integrazione fra carcere e territorio***:** la seconda considerazione, complementare alla prima, è che il carcere non può più essere visto come un'isola, ma deve essere sempre più inteso come realtà integrante del territorio in cui è inserito.

Le criticità

Il documento di programmazione redatto dalla Giunta Regionale individua, rispetto all'area penitenziaria, le seguenti criticità:

- Bisogno di formulare nuove politiche e nuovi indirizzi di intervento che tengano conto dei profondi mutamenti.
- Necessità di formalizzare e comunicare alla rete regionale dei servizi una linea di azione, una visione comune e condivisa di orientamento strategico che sia la base per programmare ed organizzare interventi territoriali efficaci.
- Prestare maggiore attenzione alla territorializzazione della pena per favorire l'inserimento di persone condannate in istituti prossimi alle loro residenze.
- Favorire la creazione di una rete tra Istituti penitenziari e Comuni per l'assistenza ai familiari dei detenuti e agevolarne una volta scontata la pena il reinserimento sociale e lavorativo.
- Attivare convenzioni con le strutture ospedaliere per ricoveri specialistici adeguati alla specifica patologia del detenuto.

Le aree di intervento regionale e le risorse a disposizione per la loro realizzazione.

Di seguito si illustrano le iniziative più significative realizzate dalla Regione del Veneto negli ambiti di intervento disciplinati dal Protocollo d'Intesa:

Ambito di intervento:
• **interventi a favore dei detenuti tossicodipendenti;**
• **iniziative educative, culturali, educative sportive e ricreative.**

Adempimenti previsti dal Protocollo	**Azioni realizzate in attuazione del Protocollo Periodo: aprile 2004 - marzo 2005**
Assistenza sanitaria e socio-riabilitativa dei detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti.	A seguito del trasferimento di competenze inerenti la medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (decreto legislativo 230/99) la Regione del Veneto ha intrapreso un percorso volto ad assicurare la continuità delle attività di cura ed assistenza ai detenuti tossicodipendenti ed alcoldipendenti, prorogando inizialmente le convenzioni al personale che opera all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto stipulate dal Ministero della Giustizia. Da ultimo, con DG.R. n. 4083 del 22 dicembre 2004, la Giunta Regionale del Vento ha stabilito che le attività di cura ed assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti competono ai Dipartimenti per le Dipendente che potranno, in piena autonomia, decidere se avvalersi o meno delle convenzioni in atto. Per far fronte alle attività in questione è stato integrato il budget destinato alle Aziende U.L.S.S. sede di Istituto Penitenziario, sulla base del numero di tossicodipendenti certificati in carcere al 30/09/2004, per € 747.250,00 mediante il finanziamento di specifici progetti della durata massima di 18 mesi.
Iniziative culturali, sportive e ricreative a favore dei detenuti: Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a: a. promuovere, all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto, iniziative educative, culturali, ricreative e sportive, con la partecipazione degli Enti Locali ed il coinvolgimento degli organismi pubblici, privati, del Volontariato e del Terzo Settore operanti nel carcere; b. favorire e facilitare l'accesso negli Istituti agli operatori coinvolti nei progetti di trattamento (insegnanti, animatori, attori…); c. promuovere programmi di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle aree di intervento previste dal Protocollo.	vedi ***Le progettualità a favore dei detenuti***

Le progettualità a favore dei detenuti

La Regione del Veneto presta particolare attenzione alle progettualità a favore delle persone che si trovano in stato di detenzione in modo da favorire il trattamento rieducativo previsto dalla Costituzione Italiana che all'art. 27 recita " *le pene non possono consistere il trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato*".
Per quanto riguarda la promozione di attività educative, ricreative, sportive e culturali presso tutte le carceri del Veneto, negli ultimi cinque anni sono stati realizzati, grazie ai finanziamenti previsti dal Piano socio sanitario regionale L.R. n. 5/96, i seguenti progetti:

N. progetti finanziati	Finanziamento complessivo €	N. utenti coinvolti	N. carceri coinvolte
Anno 2000: 9	228.011,59	2.946	7
Anno 2001: 19	317.765,13	5.808	8
Anno 2002: 29	362.000,00	5.482	10
Anno 2003: 33	450.000,00	6.356	10
Anno 2004: 33	500.000,00	6.650	10
Totale quinquennio	547.088,72	27.242	

La Regione del Veneto ha, inoltre, previsto la realizzazione dei seguenti altri progetti:

1. ***Progetto regionale presentato all'U.L.S.S. n. 6 (Vicenza) sulla prevenzione secondaria delle patologie correlate, razionalizzazione ed innovazione delle cure***: il progetto è stato finanziato con D.G.R. n. 4019 del 30 dicembre 2002 a valere sul Fondo regionale di intervento per la lotto alla droga 2003-2005.
   Il progetto che è iniziato nel mese di giugno 2004, contempla questi specifici obiettivi:
   - promuovere momenti coordinati di scambio e condivisione degli interventi specialistici in atto nelle carceri venete;
   - rilevare, attraverso una specifica indagine, i progetti specialistici per detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti presenti negli istituti penitenziari della Regione del Veneto;
   - sperimentare programmi pilota ad hoc di prevenzione, cura e riabilitazione rivolti alla popolazione dipendente detenuta;
   - pubblicizzare e divulgare i risultati dell'attività rilevata nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze nelle carceri della Regione del Veneto.

   In sintesi, si vuole attuare il collegamento tra carcere e territorio tramite la formazione degli operatori per una standardizzazione delle modalità di prevenzione, cura e riabilitazione nonchè la ricerca per una stesura degli strumenti di rilevazione e l'elaborazione delle informazioni raccolte. I punti focali si raccolgono, quindi, attorno a tre concetti guida: studiare, analizzare, conoscere al fine di lavorare meglio in un settore complesso e poco conosciuto e per garantire a tutti gli utenti coinvolti paritarie condizioni di salute.

2. Progetto nazionale ***sulla sperimentazione di una metodologia di intervento per le problematiche sanitarie nell'ambito carcerario,*** coordinato dalla Regione Toscana.
   Il progetto ha come obiettivo generale
   - realizzare una mappatura dei processi relativi al trattamento esterno ed interno dei detenuti tossicodipendenti;
   - portare alla condivisione dell'impostazione della articolazione organizzativa delle attività socio sanitarie in carcere.

   Gli obiettivi specifici sono i seguenti:
   - analizzare ed omogeneizzare i modelli organizzativi attuati nei processi assistenziali interni ed esterni al carcere;
   - favore l'integrazione e la complementarietà del lavoro di rete tra i diversi soggetti istituzionali che attuano gli interventi;
   - delineare linee guida finalizzate anche allo sviluppo di modalità di revisione e valutazione dell'assistenza erogata;
   - sviluppare una Carta del servizio come strumento di ricerca per il monitoraggio dell'attività di servizio e per la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

Totale risorse investite nell'anno 2004: € 896.333,33 di cui:	**Totale risorse previste nell'anno 2005: € 1.394.499,99 di cui:**
€ 500.000,00: contributi ad associazioni e cooperative per realizzare iniziative educative, culturali, sportive e ricreative negli Istituti Penitenziari del Veneto; € 363.000,00: assegnazione alle Aziende U.L.S.S., sedi di Istituti Penitenziari, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito carcerario (presidi tossicodipendenti); € 33.333,33: contributo all'Azienda U.L.S.S n. 6 di Vicenza per realizzare il progetto regionale "Carcere e Dipendenze".	€ 500.000,00: contributi ad associazioni e cooperative per realizzare iniziative educative, culturali, sportive e ricreative negli Istituti Penitenziari del Veneto; € 363.000,00: assegnazione alle Aziende U.L.S.S., sedi di Istituti Penitenziari, ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito carcerario (presidi tossicodipendenti); € 33.333,33: contributo all'Azienda U.L.S.S n. 6 di Vicenza per realizzare il progetto regionale "Carcere e Dipendenze"; € 498.166,66: contributi alle Aziende U.L.S.S. sedi di Istituti Penitenziari per realizzare progetti per l'attuazione di attività di cura e assistenza ai tossicodipendenti in carcere.

Ambito di intervento:
formazione professionale (adulti e minori)

Adempimenti previsti dal Protocollo	**Azioni realizzate in attuazione del Protocollo Periodo: gennaio 2005 – dicembre 2005**
Istruzione, formazione professionale – attività di formazione professionale rivolte a soggetti ristretti	Si stanno realizzando n. 26 corsi, per un totale di 4350 ore, rivolti a 299 allievi. Importo assegnato: 261.000,00 euro
Formazione scolastica e professionale rivolta ai minori – interventi formativi per l'assolvimento dell'obbligo formativo ed iniziative integrate per l'assolvimento dell'obbligo scolastico	Si stanno realizzando n. n. 6 corsi, per un totale di 1200 ore, rivolti a 60 allievi. Importo assegnato: 72.000,00 euro
Percorsi formativi finanziati con risorse del FSE – Misura B1	Si stanno realizzando n. 4 corsi, per un totale di 1350 ore, rivolti a 40 allievi. Importo assegnato: 233.852,00 - euro

Ambito di intervento:
reinserimento sociale e lavorativo

Adempimenti previsti dal Protocollo	**Azioni realizzate in attuazione del Protocollo Periodo: aprile 2004 - marzo 2005**
Istruzione, formazione professionale e reinserimento sociale e lavorativo	La fase costitutiva del Progetto PON – azioni di sistema Ministero del lavoro, Società capofila CGM "attività di consulenza e sostegno ai Servizi pubblici per l'impiego per favorire l'inserimento lavorativo dei detenuti", si è conclusa con la sottoscrizione di un accordo con diversi enti operanti nel territorio per lo scambio di informazioni e intese. Il progetto che ha una durata triennale continua ad essere operante per la costituzione di una banca dati relativa ai detenuti disponibili a svolgere attività formative e/0 lavorative e per azioni di consulenza negli istituti penitenziari e CPI per favorire l'impiego e la formazione professionale dei detenuti in contesto interno ed esterno.

Ambito di intervento: immigrazione

Adempimenti previsti dal Protocollo	**Azioni realizzate nell'ambito delle misure previste dal Protocollo** **Periodo: aprile 2004 - marzo 2005**
Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a: • **valorizzare e agevolare i progetti che realizzino un servizio di mediazione culturale all'interno degli Istituti (…).**	Nell'ambito dell'Accordo di Programma Regione Veneto/Province sottoscritto in data 29.01.2002 e finalizzato ad interventi di integrazione della popolazione non comunitaria, nel corso del 2° anno di attività, sono state finanziate le seguenti attività : • Provincia di Treviso Istituto Penale Minorile (Treviso): progetto "*La lingua? Un viaggio per tutti*" finalizzato al superamento dei limiti linguistici e culturali che ostacolano l'apprendimento e l'integrazione del minore ospite (gennaio – luglio 2004) **€ 9.900,00** Nell'ambito del citato Accordo di Programma Regione Veneto/Province, nel corso del 3° anno di attività, sono state finanziate le seguenti attività : • Provincia di Padova Casa di reclusione Due Palazzi (Padova): corso di formazione per mediatori culturali per l'integrazione di stranieri detenuti e per formare una équipe di detenuti che promuovano il dialogo interculturale con i vari soggetti presenti nella struttura penitenziaria **€ 9.100,00** • Provincia di Padova Casa di reclusione Due Palazzi (Padova): n. 2 corsi di formazione rivolti ai detenuti per acquisire strumenti linguistici e culturali per una competenza comunicativa di base e nozioni relative alla prevenzione dei rischi e alla sicurezza in ambiente di lavoro **€ 5.600,00**

Il Ministero della Giustizia e la Regione Veneto si impegnano a: Promuovere, sviluppare e realizzare, anche attraverso lo scambio di dati, una rete informativa integrata tra tutte le fonti istituzionali, associative, di volontariato e del terzo settore, valida per l'interpretazione dei fenomeni sociali e per la programmazione d iniziative congiunte.	All'interno del Rapporto Annuale sull'Immigrazione, predisposto da Italia Lavoro Spa e pubblicato a febbraio 2005, un'intero capitolo è stato dedicato al fenomeno della devianza, con l'analisi dei dati relativi ai detenuti stranieri presso gli istituti penitenziari del Veneto. Quota parte, non quantificabile, da progetto integrato "Rete Informativa Immigrazione e Osservatorio Regionale"

Le questioni da affrontare

Tre sono le questioni che dovranno essere affrontate: sanità, territorio e personale.

1. La sanità. Il problema della sanità concerne la certificazione dei tossicodipedendenti, l'attivazione delle unità operative intracarcerarie, la doppia diagnosi e l'etnopsichiatria. Da non trascurare il monitoraggio delle alternative al carcere nonché le spese per i medicinali per i detenuti.
2. Il territorio. Le problematiche concernenti il territorio vertono su tre distinte aree: rete con il territorio, che comprende sia il Sert che le varie associazioni; la riabilitazione dei tossicodipendenti extracomunitari, sia nel territorio che nelle comunità terapeutiche ed in ultima analisi la maggior permeabilità delle carceri nel rispetto della sicurezza, sia con gli operatori di volontariato che tramite le Asl limitrofe.
3. Il personale. Riguardo a ciò, si intende sia il problema della formazione, all'interno del carcere e al Sert, sia il numero degli operatori degli ex presidi per tossicodipendenti impiegati ed i fondi per loro previsti, che risultano insufficienti per gestire le necessarie convenzioni. Si rileva, inoltre, la carenza del persona educativo all'interno delle singole strutture carcerarie necessario per il recupero sociale ed umano della persona.

Ministero della Giustizia
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIPARTIMENTO PER LA GIUSTIZIA MINORILE

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI
VOLONTARIATO E NON PROFIT

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

E

LA REGIONE DEL VENETO

8 aprile 2003

P R O T O C O L L O

IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
E
LA REGIONE DEL VENETO

CONSIDERATO

che convengono sull'opportunità di ridefinire il contenuto del Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 29 luglio 1988;

RILEVATO

che l'assetto istituzionale conseguente alla normativa vigente, (in particolare: la L. 354 /75 e successive modifiche, nonché il DPR 230/00, la L. 165/98 e la L. 40/01, norme riguardanti l'ordinamento penitenziario, il DPR 448/88, disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni e il D.Lgs. 272/89 norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del DPR 448/88; il DPR 616/77 e il D.Lgs. 112/98 disciplinanti il trasferimento e le deleghe alle Regioni delle funzioni amministrative dello Stato, il T.U. 267/00 sulle autonomie locali; la L. 328/00 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali " e i relativi provvedimenti attuativi, da ultimo la legge costituzionale n. 3 del 18-10-2001 che definisce in modo più completo le competenze delle Regioni) individua, nel rispetto delle diverse competenze e della normativa nazionale e regionale di riferimento, settori di intervento congiunto sui quali il Ministero della Giustizia e la Regione, anche quale coordinatrice e promotrice delle attività degli Enti Locali, del volontariato, del Terzo settore, devono collaborare per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Costituzione e dalle leggi in materia;

CONSIDERATO

che per l'art. 27 della Costituzione "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato", e che la riforma penitenziaria del 1975 e la successiva Legge 10 ottobre 1986 n. 663 rappresentano un significativo cambio di cultura affinché la pena si declini non più esclusivamente secondo le modalità della custodia detentiva, ma soprattutto secondo percorsi trattamentali, anche alternativi al carcere, come peraltro ribadito dagli artt. 81 e seguenti delle Regole Minime dell'O.N.U. del 1955, del Consiglio d'Europa del 1973, della Raccomandazione R (87) del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa del 12 febbraio 1987;

VISTO

che detta cultura operativa è presente e permea in particolare le norme sul processo penale per i minori di cui ai D.P.R 447 e 448/88, al D.Lgs. 272/89 e successive modificazioni e integrazioni;

RILEVATO

che in tale contesto le misure alternative alla detenzione, attraverso la concessione di spazi sempre più ampi di "non reclusione", offrono al condannato l'opportunità di ristabilire, e in alcuni casi di non interrompere, il legame con l'ambiente esterno, nella prospettiva della sua progressiva reintegrazione nel tessuto sociale e produttivo;

VISTO

il T.U. 309/90 sul trattamento della tossicodipendenza, il D.Lgs. 230/99e il D.Lgs. 433 del 22-12-00 sul riordino della medicina penitenziaria, il D.M. 21 aprile 2000 di approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, la legge 231/99 in materia di esecuzione delle pene, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti di soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, norme nelle quali particolare rilievo viene dato alla cura e alla riabilitazione delle persone condannate tossicodipendenti e alcooldipendenti, al ruolo rilevante e crescente del sistema regionale dei servizi socio-sanitari nel farsi carico dei soggetti coinvolti nel circuito penale, così da rispondere ai loro bisogni e tutelarne i diritti, interagendo, in tal modo, con il complesso normativo che presiede alla sua definizione ed alla sua gestione;

CONSIDERATO

- *che alla base del sistema che viene a delinearsi nel presente Protocollo vi sono due presupposti tra loro interconnessi: il superamento del carcere come unica possibile risposta al problema della criminalità e devianza sociale; l'individualizzazione e la flessibilità del trattamento del condannato con il determinante contributo della comunità esterna;*
- *che la collaborazione interistituzionale può essere efficacemente realizzata mediante la stipula di un accordo generale che disciplini:*
  Territorializzazione della pena;
  Edilizia penitenziaria;
  Tutela, promozione ed educazione alla salute dei ristretti negli Istituti Penitenziari del Veneto;
  Assistenza sanitaria e socio-riabilitativa dei detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti;
  Area penale minorile;
  Area immigrazione;
  Interventi trattamentali:
  a) istruzione, formazione professionale, reinserimento lavorativo e sociale;
  b) iniziative culturali sportive e ricreative;
  Area penale esterna;
  Attività di riparazione del danno - Attività di mediazione;
  Iniziative congiunte di formazione per il personale, del Ministero della Giustizia, della Regione, degli Enti Locali, del Volontariato;
  Strumenti di comunicazione, coordinamento, attuazione, verifica del presente Protocollo;

RITENUTO

che la realizzazione di detti programmi di intervento può essere assicurata con la più ampia intesa tra le Direzioni degli Istituti, dei Centri di Servizio Sociale per Adulti, degli Uffici di Servizio Sociale per Minorenni, gli Enti Locali, le Aziende UU.LL.SS.SS. competenti per territorio, il Volontariato ed il Terzo Settore, nel rispetto del ruolo di ciascun ente interessato;

RILEVATO ALTRESI'

- *che le "Linee di indirizzo in materia di volontariato, partecipazione sociale ed esecuzione penale" approvate il 10.3.1994 dalla Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento del Ministero della Giustizia per i rapporti con le Regioni, gli Enti Locali e il Volontariato, nonché il Protocollo d'Intesa siglato l'8.6.1999 tra il Ministero della Giustizia e la Conferenza Nazionale Volontariato Giustizia, evidenziano l'importanza del ruolo del Volontariato nelle attività di prevenzione generale, nell'ambito del trattamento e del reinserimento sociale delle persone recluse;*
- *che il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto riconoscono la necessità di promuovere e sostenere forme di collaborazione stabili ed organiche con gli organismi del Volontariato e del Terzo Settore attivi nei penitenziari e nelle diverse realtà territoriali;*

ATTESO INFINE

che viene demandata alle competenti strutture del Ministero della Giustizia e della Regione del Veneto la definizione delle strategie e del percorso amministrativo che consentiranno di attuare il presente Protocollo d'Intesa attraverso:

- *il raccordo con gli strumenti di indirizzo e programmazione nazionali inerenti ai suoi contenuti;*
- *il raccordo e l'elaborazione di linee di indirizzo regionali e di specifici strumenti di programmazione;*
- *l'adozione di idonei strumenti d'intesa con i soggetti interessati dal presente Protocollo;*

VISTA

tutta la normativa vigente nazionale e regionale nelle materie oggetto dell'intesa;

CONVENGONO SU QUANTO SEGUE:

TERRITORIALIZZAZIONE DELLA PENA

Il Ministero della Giustizia, in attuazione del principio generale di territorializzazione della pena previsto dalla Legge 354/75 e successive modifiche, si impegna per quanto possibile, a destinare e/o a favorire il rientro, dei detenuti veneti negli Istituti della propria regione di residenza, tenendo conto della residenza del nucleo familiare e adoperandosi per il reinserimento sociale sia di coloro che sono ristretti , che di quelli che sono in esecuzione penale esterna.

EDILIZIA PENITENZIARIA

L'aspetto edilizia, nell'esecuzione della pena, riveste particolare rilievo sia per quanto attiene le condizioni di vivibilità negli Istituti penitenziari per i detenuti e per gli operatori penitenziari , sia per la realizzazione delle attività trattamentali.

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:

- *concertare programmi di intervento edilizio in attuazione delle normative in vigore e sulla scorta delle indicazioni fornite dalle ispezioni igienico-sanitarie delle Aziende UU.LL.SS.SS.;*
- *svolgere azioni di sensibilizzazione con gli Enti Locali affinché contribuiscano alla individuazione di strutture idonee per le attuali sedi di Centri di Servizio Sociale Adulti e di Uffici di Servizio Sociale per Minorenni che risultino inadeguate, e per quelle di prossima apertura a livello provinciale, nell'ottica della territorializzazione della pena;*
- *concordare la programmazione di nuove strutture penitenziarie sulla base dei criteri di territorializzazione e diversificazione della pena. Il Ministero della Giustizia chiederà, sui nuovi progetti di edilizia penitenziaria e sulla distribuzione delle diverse tipologie di Istituti e servizi, il parere della Regione, che sarà espresso in accordo con gli Enti Locali;*
- *elaborare uno studio di fattibilità, ciascuno per quanto di competenza, per la realizzazione di strutture diversificate di accoglienza per donne con bimbi, per giovani adulti, prevedendo spazi appositi per nuovi giunti e per incontri con i familiari, nonché strutture di custodia attenuata; si impegnano altresì ad individuare:*
- *nuove sedi per quelle strutture penitenziarie destinate agli adulti e ai minori che risultino inadeguate.*

La Regione si impegna, inoltre, nell'ambito degli interventi di edilizia sovvenzionata, ad introdurre ed aumentare criteri di priorità d'accesso ai fondi di dotazione in favore di Comuni sedi di Istituti penitenziari e di strutture penitenziarie in genere, per minori e per adulti, al fine di facilitare i processi di integrazione nelle realtà locali del personale del Ministero della Giustizia in particolare della Polizia Penitenziaria.

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

La salute intesa come benessere psicofisico è strettamente legata alla qualità delle condizioni di vita quotidiana all'interno degli Istituti penitenziari, al trattamento, alla tutela dei diritti delle persone ristrette.

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto, ciascuno per gli aspetti di competenza, si impegnano a:

- *verificare, attraverso le Aziende UU.LL.SS.SS, il rispetto delle norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori di cui al D.Lgs. 19.09.1994, n. 626, nonché delle norme relative alle più complessive esperienze di tutela igienico-sanitaria sia nei confronti degli operatori e dei terzi prestanti servizio all'interno degli Istituti, sia nei confronti dei detenuti e degli ammessi a misure alternative;*
- *stipulare convenzioni tra Aziende UU.LL.SS.SS., Direzioni degli Istituti Penitenziari e Servizi Minorili per l'attuazione di progetti di educazione sanitaria ed educazione alla salute rivolti ai ristretti ed agli operatori penitenziari, coinvolgendo in tale attività gli operatori del territorio, del Volontariato e del Terzo Settore, valutando l'opportunità di percorsi formativi personalizzati;*

- *concordare linee guida per la prevenzione dell'infezione da HIV nelle strutture penitenziarie, con l'impegno a definire localmente specifici protocolli operativi;*
- *fino a quando non verrà data definitiva chiarezza normativa relativamente alla attuazione del Decreto Legislativo 230/99 e alle indicazioni contenute nel D.M. 21.4.00 s'impegnano a favorire l'integrazione delle prestazioni del Sistema Sanitario Penitenziario e del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso convenzioni tra Direzioni degli Istituti e Aziende UU.LL.SS.SS. per la fornitura di prestazioni integrative di assistenza specialistica ambulatoriale su prescrizione del Medico di Medicina Generale, salvo compensazione della mobilità interregionale per i residenti in altre Regioni;*
- *assicurare assistenza socio-sanitaria ai bambini tenuti presso di sé dalle madri in custodia cautelare o in esecuzione di pena, garantendone l'accesso ai servizi socio-educativi esterni;*
- *garantire una adeguata disponibilità di posti letto nelle strutture-alloggio esistenti nel territorio, per persone residenti nel Veneto affette da gravi compromissioni fisiche per AIDS o per patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti;*
- *stipulare convenzioni, tra Direzioni degli Istituti ed Aziende UU.LL.SS.SS., per la promozione di iniziative in tema di tutela della salute mentale, comprendenti monitoraggi, formazione e aggiornamento;*
- *promuovere la realizzazione di strutture residenziali e/o semi residenziali intermedie rivolte a dimessi dagli Istituti Penitenziari e dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari residenti nel Veneto nelle quali attuare programmi di acquisizione di abilità ed autonomia e svolgere percorsi socio-rabilitativi finalizzati a sostenere complessivamente il loro reinserimento sociale e lavorativo;*
- *adeguare e potenziare i Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura e le strutture terapeutiche residenziali atti al ricovero dei detenuti e individuare servizi specialistici per minori.*

La Regione si impegna a garantire, attraverso Aziende UU.LL.SS.SS. ed Aziende Ospedaliere, l'assistenza specialistica in tutte le specialità, predisponendo uno schema tipo di convenzione tra Istituti Penitenziari ed Aziende UU.LL.SS.SS. prevedendo la compensazione della mobilità interregionale per i residenti in altre Regioni.

Nelle convenzioni sarà altresì previsto che l'erogazione dei servizi specialistici sarà attuata con tempi di attesa che tengano conto della particolare situazione di privazione della libertà.

La Regione si impegna a garantire per i detenuti e gli internati la conservazione dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico generica. Parimenti garantisce l'esclusione dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.
Regione, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e Centro per la Giustizia Minorile si impegnano a favorire la ricerca delle migliori soluzioni organizzative per il ricovero ospedaliero di detenuti, tenendo in considerazione i motivi di sicurezza e l'onere finanziario collegato allo stato di detenzione.

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-RIABILITATIVA DEI DETENUTI TOSSICODIPENDENTI E ALCOLDIPENDENTI
Il Ministero della Giustizia si impegna ad istituire nella Regione, strutture penitenziarie a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti.

La Regione si impegna a promuovere l'istituzione di Unità Operative specifiche per i tossicodipendenti e gli alcoldipendenti detenuti o in esecuzione penale esterna. Tali Unità Operative saranno dotate di autonomia tecnico-gestionale e saranno integrate nel Dipartimento per le Dipendenze istituito presso ciascuna Azienda U.L.S.S. .
La Regione si impegna a dare piena attuazione al trasferimento delle funzioni sanitarie di prevenzione e assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti e alcoldipendenti.

AREA IMMIGRAZIONE
La consistente presenza di detenuti provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea portatori di problematiche ulteriori e specifiche, rende necessario, in attuazione anche di quanto previsto dal D. Leg.vo 286/98 e successive modifiche, prevedere iniziative mirate per garantire una parità con i detenuti italiani nella fruizione dei diritti e dei benefici previsti dall' Ordinamento Penitenziario, considerando le difficoltà di comunicazione, le diversità culturali, la lontananza dai loro contesti ambientali e familiari.
Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:

- *valorizzare e agevolare i progetti che realizzino un servizio di mediazione culturale all'interno degli Istituti, di consulenza agli immigrati, attraverso appositi sportelli di informazione;*
- *a rendere effettivo il diritto allo studio, nell'ambito delle rispettive competenze e in collaborazione con il Ministero dell'Università e della Ricerca, , individuando modalità idonee a superare le eventuali difficoltà di inserimento nei corsi scolastici di ogni ordine e grado, ciò al fine di rendere attuabile anche l'utenza extracomunitaria il diritto alla "long – life learning" secondo gli orientamenti espressi dall'accordo sottoscritto in data 2 marzo 2000 dalla Conferenza unificata Stato – Regioni sulla riorganizzazione ed il potenziamento dell'educazione permanente degli adulti;*
- *il Ministero della Giustizia e la Regione Veneto si impegnano a favorire una offerta formativa integrata tra istituzione e formazione professionale (art. 138 D.Lgs. 112|98) mirata alle esigenze del particolare tipo di utenza.Tale offerta formativa integrata dovrà – possibilmente – tenere conto del rientro nei paesi d'origine e dovrà essere realizzata attraverso percorsi formativi costruiti "ad hoc", mediante la stipula di contratti formativi individuali, finalizzati all'acquisizione di una professionalità che sia spendibile nel mercato del lavoro del Paese d'origine del detenuto. Per l'attuazione di tale progetto il Ministero della Giustizia e la Regione Veneto collaborano al fine di costruire una rete di rapporti tra i soggetti a vario titolo coinvolti nello specifico settore, rete dovrà necessariamente avere carattere transnazionale al fine di agevolare la conoscenza del tessuto economico dei Paesi terzi e favorire la creazione di canali di accesso al lavoro;*
- *sostenere i Centri Territoriali Permanenti del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca nell'attivazione di corsi di alfabetizzazione e di lingue negli Istituti con maggiore presenza di detenuti stranieri ed avvalendosi, per la mediazione culturale e l'interpretariato, anche della rete del Volontariato e del Terzo Settore;*
- *attuare le disposizioni del Testo Unico delle leggi in materia di disciplina delle sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, emanato con DPR 9.10.90 n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria a stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e senza permesso di soggiorno dimessi dagli Istituti Penitenziari, garantendo tutte le prestazioni*

erogabili nell'area delle dipendenze, tra cui l'inserimento nelle comunità terapeutiche e nelle strutture riabilitative in genere accreditate dalla Regione.

INTERVENTI TRATTAMENTALI

Il trattamento, in tutti i suoi elementi, come delineato nell'Ordinamento Penitenziario costituisce la modalità obbligata attraverso cui si realizza ogni percorso individuale di recupero e di riabilitazione. Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a promuovere e a realizzare le iniziative tese a sostenere e sviluppare gli interessi umani, religiosi, culturali, professionali, nel rispetto delle diversità e della dignità umana.

ISTRUZIONE, FORMAZIONE PROFESSIONALE, REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO

L'istruzione, la formazione professionale e il lavoro sono tra gli strumenti principali del trattamento sia per il valore intrinseco di diritto dovere in essi contenuto, sia come mezzo di espressione e realizzazione delle singole capacità e potenzialità; l'attività lavorativa finalizzata al reinserimento, inoltre, costituisce uno dei principali obiettivi dell'attività di formazione professionale realizzata all'interno degli Istituti.

Per quanto riguarda l'istruzione di ogni ordine e grado, nell'ambito delle competenze delegate alle Regioni in relazione: alla programmazione dell'offerta formativa integrata tra istruzione e formazione professionale, (art. 138 del D.Lgs. 112/98), agli orientamenti espressi dall'accordo sottoscritto il 2 marzo 2000 dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni (ex art. 8 D. Lgs. 281/97), sulla riorganizzazione e potenziamento dell'educazione permanente degli adulti, in applicazione della "Direttiva per il Sistema Istruzione", approvata in sede di Conferenza Unificata in data 6.2.2001, il Ministero della Giustizia (DAP e CGM) e la Regione Veneto si impegnano, ciascuno per quanto di competenza, a favorire, anche attraverso apposite convenzioni, il coordinamento tra gli organismi coinvolti.

Per quanto riguarda la formazione professionale ed il lavoro, il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto, tenuto conto anche delle indicazioni contenute nella L. 845/78, nella L. 9/99 si impegnano a:

- *individuare congiuntamente le attività di formazione professionale rivolte ai soggetti ristretti negli Istituti Penitenziari del Veneto, al fine di predisporre il piano annuale degli interventi. Gli interventi programmati daranno luogo a certificazioni di competenza e ad azioni di monitoraggio svolte in collaborazione tra i soggetti interessati;*
- *sostenere finanziariamente gli Enti Locali interessati da una elevata presenza di detenuti in fase di dismissione dagli Istituti penitenziari, di condannati e soggetti in misura alternativa o sostitutiva, con procedimenti penali, misure cautelari o alternative, sanzioni sostitutive, nella programmazione e realizzazione di interventi:*
  - *animativo/educativi;*
  - *di promozione dei fattori di protezione sociale e di prevenzione dai fattori di rischio;*
  - *di aggregazione e socializzazione;*
  - *di sostegno e orientamento individuale;*
  - *di supporto, sensibilizzazione, mediazione famigliare;*
  - *di supporto rispetto alla relazione madre/padre /bambino;*
  - *di sostegno nella ricerca, nell'inserimento lavorativo abitativo e sociale;*
  - *di mediazione culturale in ambito extrascolastico;*
  - *di integrazione sociale.*

- *utilizzare le informazioni dei Centri per l'Impiego e sulla domanda di professionalità espressa dalle realtà produttive presenti sul territorio al fine di attivare un servizio di orientamento al lavoro a favore dei detenuti, ex detenuti e soggetti in misura alternativa alla detenzione;*
- *favorire, attraverso una costante collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, la presenza di offerta formativa a livello di istruzione elementare, media e secondaria, di formazione professionale e di specifici corsi di alfabetizzazione per detenuti immigrati;*
- *promuovere, in collaborazione con i Centri per l'Impiego, l'avviamento al lavoro dei detenuti attraverso progetti sperimentali diretti a verificare nuove professionalità e nuove forme imprenditoriali, cooperative di lavoro e l'istituzione di borse di formazione-lavoro;*
- *promuovere commesse di lavoro per i detenuti da parte degli enti pubblici territoriali e dei privati utilizzando tutte le agevolazioni previste dalle leggi in materia e da ultimo dalla legge 193 del 22 giugno 2000, per favorire le imprese che assumono detenuti ed ex detenuti e soggetti in misura alternativa;*
- *garantire, attraverso una stretta integrazione tra servizi sociosanitari territoriali, Centri di Servizio Sociale per Adulti e Uffici di Servizio Sociale per Minorenni, una rete territoriale di sostegno per i soggetti ammessi alle misure alternative o sostitutive, minori messi alla prova, dimittendi, dimessi, liberi vigilati, promuovendo le iniziative pubbliche e private in favore dell'esecuzione penale all'esterno;*
- *promuovere e sostenere progetti individuali per detenuti avviati al lavoro esterno o interno.*

INIZIATIVE CULTURALI SPORTIVE E RICREATIVE

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:

- *promuovere, all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto, iniziative educative, culturali, ricreative e sportive, con la partecipazione degli Enti Locali ed il coinvolgimento degli organismi pubblici, privati, del Volontariato e del Terzo Settore operanti nel carcere;*
- *favorire e facilitare l'accesso negli Istituti agli operatori coinvolti nei progetti di trattamento (insegnanti, animatori, attori…);*
- *promuovere programmi di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle aree di intervento del presente Protocollo.*

AREA PENALE ESTERNA

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto, considerato il ruolo importante che ha l'esecuzione penale all'esterno per il reinserimento sociale dei condannati, recepiscono la Raccomandazione del Consiglio d'Europa n.(92)16 del 19-10-92 e, ciascuno per quanto di competenza, si impegnano a:

- *promuovere la realizzazione di Istituti a custodia attenuata o per il regime di semilibertà, separati dagli altri Istituti Penitenziari;*
- *promuovere ed organizzare Centri di accoglienza per detenuti in permesso premio ed ammessi al regime di affidamento in prova o detenzione domiciliare, a beneficio dei soggetti privi di validi riferimenti esterni, sia familiari che ambientali;*
- *realizzare Centri di accoglienza o comunità alloggio per l'esecuzione di affidamenti al Servizio Sociale o di detenzioni domiciliari, nei quali collocare minori con procedimenti penali, misure cautelari non detentive, alternative, sanzioni sostitutive, pene detentive e misure di sicurezza*

in corso, nonché sezioni autonome di Istituti per la semilibertà ubicate in edifici di civile abitazione, con oneri di manutenzione, ristrutturazione e gestione a carico della Regione;

- *attivare un efficace rapporto di collaborazione tra Ministero della Giustizia, Provveditorato Regionale, Centro per la Giustizia Minorile, Regione, Enti Locali, Aziende UU.LL.SS.SS., organizzazioni di Volontariato e del Terzo Settore, per il perseguimento degli obiettivi delle misure restrittive della libertà personale, nonché delle misure alternative;*
- *favorire l'azione del Volontariato e degli organismi del Terzo Settore volta al trattamento degli ammessi alle misure alternative e all'informazione a favore dei condannati in sospensione pena, promuovendo, altresì, prestazioni di attività socialmente utili da parte di soggetti sottoposti ad esecuzione penale esterna in collaborazione con il Volontariato e il Terzo Settore.*

ATTIVITÀ DI RIPARAZIONE DEL DANNO

Attivita' di Mediazione

Il Ministero della Giustizia e la Regione concordano sulla necessità di porre maggiore attenzione alle problematiche relative alle vittime del reato.

La Regione si impegna, con la partecipazione degli Enti Locali, a promuovere e realizzare, in collaborazione con i Tribunali di Sorveglianza, i Giudici di pace, i Centri di Servizio Sociale Adulti, l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni azioni di riconciliazione tra autori e vittime di reato, di riparazione del danno, avvalendosi del Volontariato, del Privato Sociale, del Terzo Settore, anche attraverso attività gratuite a favore della collettività da parte dei soggetti in affidamento in prova al Servizio Sociale.
La Regione e gli Enti Locali con la partecipazione dei CSSA, si impegnano inoltre a garantire la promozione di adeguate forme di assistenza alle vittime dei reati e ai loro familiari in collaborazione con altri Enti pubblici e privati favorendo l'istituzione di sportelli di sostegno alle vittime dei reati.

Il Ministero della Giustizia e la Regione Veneto, recependo la Raccomandazione n. (99)19 del Consiglio d'Europa e la Dichiarazione delle Nazioni Unite di Vienna – Aprile 2000, sull'importanza dello sviluppo di metodi non giudiziari di intervento penale, s'impegnano a favorire in accordo con gli Enti Locali interessati l'istituzione di uffici per l'attività di Mediazione.

AREA PENALE MINORILE

La specificità della problematica relativa alla devianza minorile rende necessario prevedere interventi differenziati ed ulteriori rispetto agli adulti.
Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:

- *favorire la partecipazione fattiva nelle attività trattamentali degli organismi del Volontariato e del Terzo Settore, garantendo ai minori il coinvolgimento diretto nelle attività da essi proposte, per sostenere il loro reinserimento;*

- *sostenere finanziariamente gli Enti Locali interessati da un elevato numero di minori con procedimenti penali, misure cautelari o alternative, sanzioni sostitutive, nella programmazione e realizzazione di interventi:*
  - *animativo/educativi;*
  - *di promozione dei fattori di protezione sociale e di prevenzione dai fattori di rischio;*
  - *di sostegno educativo individualizzato;*
  - *di aggregazione e socializzazione;*
  - *di supporto, sensibilizzazione, mediazione famigliare;*
  - *di sostegno per percorsi di formazione e qualificazione professionali;*
  - *di mediazione culturale in ambito extrascolastico;*
  - *di integrazione sociale;*
- *sostenere progetti sperimentali sulla mediazione penale minorile;*
- *garantire parità di trattamento ai minori stranieri, ed adeguata assistenza sanitaria e sociale anche ai minori immigrati irregolari;*
- *favorire, per i minori con procedimenti penali, misure cautelari o alternative, sanzioni sostitutive, pene detentive e misure di sicurezza in corso, l'accesso ai percorsi di scolarizzazione ed alfabetizzazione, anche oltre il periodo del procedimento penale, modulando i corsi scolastici secondo le necessità, lingue e culture di appartenenza dei fruitori, e assicurare, compatibilmente con le risorse disponibili, la presenza di un mediatore culturale durante le lezioni.*

FORMAZIONE SCOLASTICA E PROFESSIONALE RIVOLTA AI MINORI

La Regione prevede l'inserimento nel proprio piano di Formazione Professionale di interventi destinati all'assolvimento dell'obbligo formativo nel sistema della Formazione Professionale.

La Regione promuove, in accordo con l'Ufficio Scolastico Regionale del Ministero Istruzione, Università e Ricerca, iniziative integrate finalizzate all'assolvimento dell'obbligo scolastico e formativo.

L'Ufficio Scolastico Regionale e le Istituzioni Scolastiche autonome promuovono iniziative destinate all'assolvimento dell'obbligo scolastico o formativo nel sistema dell'istruzione.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

Il Ministero della Giustizia e la Regione Veneto si impegnano a:

- *favorire e realizzare in modo congiunto, iniziative culturali e formative rivolte al personale dipendente del Ministero, della Regione, degli Enti Locali, delle Aziende UU.LL.SS.SS., del Volontariato e del Terzo Settore, finalizzate a migliorare la qualità dei servizi prestati e l'integrazione tra operatori. Le attività formative verranno programmate di concerto, annualmente e organizzate secondo anche le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo approvate dalla Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i rapporti con le regioni, gli Enti Locali ed il Volontariato il 10 marzo 1994.*
- *Il personale partecipante alle iniziative formative concordate, sarà considerato a tutti gli effetti in servizio; i relativi oneri finanziari saranno assunti dalle rispettive Amministrazioni.*
- *Nel formulare i programmi di formazione e aggiornamento si terrà conto: delle esigenze formative e informative sia del personale appartenente alle diverse professionalità, che del Volontariato e del Terzo settore; delle tipologie di utenza, del loro modificarsi, delle caratteristiche socioculturali del territorio.*

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE, COORDINAMENTO, ATTUAZIONE, VERIFICA E CONTROLLO

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano a:

- *promuovere programmi di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle aree di intervento del presente Protocollo;*
- *promuovere, sviluppare e realizzare anche attraverso lo scambio di dati, una rete informativa integrata tra tutte le fonti istituzionali, associative, di Volontariato e del Terzo Settore, valida per l'interpretazione dei fenomeni sociali e per la programmazione di iniziative congiunte.*

La Regione Veneto si impegna a:

- *fornire al Ministero della Giustizia, sulla propria rete, i servizi di connettività e di interoperabilità, qualora necessari alle interazioni con il dominio Giustizia nell'ambito della RUPA e nell'ottica della rete nazionale;*
- *istituire una Commissione interistituzionale permanente, con la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del presente Protocollo, con il compito di:*

- *dare esecuzione e prevedere strumenti di verifica e controllo sullo stato di attuazione del Protocollo;*
  - *favorire lo sviluppo dell'attività normativa e di programmazione degli interventi della Regione in ambito penitenziario, anche attraverso l'assunzione di apposite linee di indirizzo e la promozione di progettualità sperimentali;*
  - *assumere impegni operativi sulla base di una preventiva selezione delle priorità' degli interventi, in relazione alla diversa complessità delle situazioni carcerarie.*

La Commissione permanente potrà avvalersi di altri organismi istituzionali ed in particolare di un Osservatorio regionale sulla condizione della popolazione detenuta ed in esecuzione penale esterna;

La Regione del Veneto si impegna a istituire una Segreteria Tecnica Regionale che supporti la Commissione sopra specificata nell'attuazione del presente Protocollo e a istituire, d'intesa con il Ministero della Giustizia, un Osservatorio Regionale sulla condizione della popolazione condannata, (detenuta e in esecuzione penale esterna).

Il Ministero della Giustizia e la Regione del Veneto si impegnano ad effettuare verifiche annuali delle iniziative assunte in attuazione del presente Protocollo.

Il Ministero della Giustizia, nella persona del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Presidente Giovanni Tinebra, la Regione del Veneto, nella persona dell'Assessore alle Politiche Sociali, Volontariato e Non Profit Antonio De Poli, sottoscrivono il presente Protocollo, con il quale si impegnano all'esecuzione di tutti gli atti consequenziali a quanto in premessa dichiarato.

Venezia, 8 aprile 2003

per il Ministero della Giustizia
Il Capo Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria
Pres. GIOVANNI TINEBRA

per la Regione del Veneto
L'Assessore alle Politiche Sociali
Volontariato e Non Profit
ANTONIO DE POLI

Il quadro normativo di riferimento

La disciplina comunitaria

- Conclusioni del Consiglio del 30 aprile 1998 sull'integrazione dei requisiti di protezione della salute nelle politiche della Comunità (GU C 169 04.06.1998);
- Decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 settembre 1998 che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità (GU L 268 03.10.1998);
- Conclusioni del Consiglio dell'8 giugno 1999 sull'integrazione dei requisiti di protezione della salute nelle politiche della Comunità (GU C 195 13.07.1999);
- Risoluzione del Consiglio dell'8 giugno 1999 concernente la futura azione della Comunità nel settore della sanità pubblica (GU C 200 15.07.1999);
- Decisione n 57/2000/CE della Commissione, del 22 dicembre 1999, sul sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili (GU L 021 26.01.2000);
- Decisione n. 96/2000/CE della Commissione, del 22 dicembre 1999, relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria (GU L 028 03.02.2000);
- Risoluzione del Consiglio, del 18 novembre 1999, sulla promozione della salute mentale (GU C 086 24.03.2000);
- Risoluzione del Consiglio, del 18 novembre 1999, diretta ad assicurare la protezione della salute in tutte le politiche e attività comunitarie (GU C 086 24.03.2000);
- Risoluzione del Consiglio, del 29 giugno 2000, sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute (GU C 218 31.07.2000);
- Regolamento (CE) n. 847/2000 della Commissione, del 27 aprile 2000, che stabilisce le disposizioni di applicazione dei criteri previsti per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano nonché la definizione dei concetti di medicinale «simile» e «clinicamente superiore» (GU L 103 28.04.2000);
- Direttiva 2001/20/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 aprile 2001, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano (GU L 121 01.05.2001);
- Risoluzione del Consiglio del 14 dicembre 2000 relativa ai medicinali ad uso pediatrico (GU C 017 19.01.2001);
- Risoluzione del Consiglio del 14 dicembre 2000 sulla salute e la nutrizione (GU C 020 23.01.2001);
- Risoluzione del Consiglio del 3 giugno 2002 su una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro (2002-2006) (GU C 161 05.07.2002);
- Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) - Dichiarazioni della Commissione (GU L 271 09.10.2002);
- Decisione n. 192/2004/CE della Commissione del 25 febbraio 2004, che adotta il programma di lavoro per il 2004 per l'attuazione del programma d'azione comunitario nel campo della

sanità pubblica (2003-2008), compreso il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni (GU L 060 27.02.2004).

La disciplina nazionale

Il quadro normativo che interessa le diverse politiche della Segreteria Sanità e Sociale è particolarmente complesso e scandisce l'evoluzione in senso federalista del Sistema Sanitario Nazionale, in cui sono riconoscibili tre grandi fasi:

1) La prima fase ha come punto di riferimento fondamentale la Costituzione della Repubblica Italiana, che, all'articolo 32, riconosce la salute "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". La gestione del Servizio Sanitario Nazionale e l'assunzione dei relativi oneri economici e finanziari sono, quindi, adempimento di un dovere costituzionale cui il legislatore ha provveduto, in modo organico e compiuto, a partire dalla **legge 23 dicembre 1978, n. 833** ("*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"*), che costituisce il secondo grande punto di riferimento del quadro normativo che interessa il Servizio Sanitario.

2) **Il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502** ("*Riordino della disciplina in materia sanitaria*"), così come risulta modificato ed integrato dal decreto legislativo 517/1993, costituisce la seconda fase di un processo di responsabilizzazione delle Regioni.
Le principali innovazioni riguardano:
- la regionalizzazione del servizio;
- l´attribuzione alle aziende sanitarie della personalità giuridica pubblica, con le conseguenti sfere di autonomia (amministrativa, contabile, ecc), con i propri organi decisionali, consultivi e di controllo;
- il finanziamento attribuito, in funzione dei livelli uniformi di assistenza previsti nel Piano Sanitario Nazionale;
- la responsabilizzazione degli organi direttivi per la gestione delle risorse ed il conseguimento dei risultati;
- la prefigurazione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture stesse;

3) La successiva riforma, attuata con il **decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229** ("*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*"), più volte integrato e modificato, porta a compimento il processo di regionalizzazione del sistema e dell'aziendalizzazione delle strutture e rappresenta la terza grande fase di trasformazione del Sistema Sanitario.
L'evoluzione in senso federalista del sistema di tutela della salute si afferma più compiutamente con il **decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56** ("*Disposizioni in materia di federalismo fiscale*").
Con la **legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3** la gestione della Sanità diventa una competenza esclusivamente regionale, con il riconoscimento della potestà legislativa in materia di "tutela della salute" agli organi regionali.
Infine, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 Novembre 2001 vengono introdotti i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, i quali sono costituiti dai servizi e dalle prestazioni garantiti dal Servizio

Sanitario Nazionale su tutto il territorio italiano. Le prestazioni incluse nei LEA sono individuate sulla base di principi di effettiva necessità assistenziale, di efficacia e di appropriatezza. In tal senso, i LEA vorrebbero rappresentare una cornice di garanzia nazionale sul potere e sull'autonomia delle Regioni, in nome di quel "diritto pubblico alla salute" sancito dalla Costituzione della Repubblica italiana. Rispetto alla prestazioni erogabili nei LEA, sancite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le Regioni possono decidere di includere ulteriori prestazioni, che vanno a costituire il livello di assistenza regionale.

La disciplina regionale

Per ciò che riguarda, infine, la normativa regionale che disciplina l'ambito sanitario, occorre far riferimento ai seguenti strumenti:

- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55. Definisce gli strumenti e le modalità della programmazione, le modalità e le fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie, l'assetto contabile, gestionale e di controllo delle ULSS e delle Aziende Ospedaliere;
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56:
  1) definisce il quadro istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
  2) individua le Unità locali socio-sanitarie, definendone gli ambiti territoriali;
  3) individua gli ospedali da costituire in Azienda ospedaliera;
  4) disciplina le principali modalità organizzative e di funzionamento delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere;
- Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11: disciplina il conferimento delle funzioni agli enti locali ed alle autonomie funzionali nella materia servizi alla persona e alla comunità ed istituisce la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria. La medesima legge stabilisce il termine di presentazione della Relazione Socio Sanitaria, nonché altri aspetti riguardanti la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS e Ospedaliere;
- Legge regionale 29 novembre 2001, n. 32: disciplina l'istituzione, i compiti, nonché le modalità organizzative e di finanziamento dell'Agenzia regionale socio sanitaria;
- Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22: disciplina l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali;
- Legge regionale 4 aprile 2003, n. 5: disciplina l'attività ispettiva in materia sanitaria e sociale nella Regione Veneto;
- Regolamento regionale 21 agosto 2003, n. 1: disciplina, nello specifico, l'attività ispettiva in materia sanitaria e sociale.

Tra le nuove misure da adottare per l'implementazione delle politiche o per permettere un migliore perseguimento delle stesse sono, invece, annoverati:

- P.d.l. n. 241/2002 "Testo organico per le politiche sociali della Regione Veneto";
- P.d.l. n. 396/2003 "d.g.r. 12/d.d.l.: Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità. politiche sanitarie, socio sanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003/2005".

- Parte Seconda -

La Tutela della Salute in Carcere

La tutela della salute nell'Ordinamento Penitenziario

Di seguito sono elencati gli articoli del Regolamento Penitenziario che riguardano la tutela della salute (Norme di esecuzione legge 345 del 26 luglio 1975 - d.p.r. 30 giugno 2000):

Art. 17 (Assistenza sanitaria)

1. I detenuti e gli internati usufruiscono dell'assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente normativa.
2. Le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento ed organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario, nonché di controllo sul funzionamento dei servizi medesimi, sono esercitate secondo le competenze e con le modalità indicate dalla vigente normativa.
3. L'assistenza sanitaria viene prestata all'interno degli istituti penitenziari, salvo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 11 della legge.
4. Sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie della popolazione penitenziaria, sono organizzati, con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, reparti clinici e chirurgici.
5. In ogni caso in cui le prestazioni di carattere psichiatrico non siano assicurate a mezzo dell'opera di specialisti in psichiatria di ruolo, la direzione dell'istituto si avvale di specialisti ai sensi del quarto comma dell'articolo 80 della legge.
6. L'autorizzazione per le visite a proprie spese di un sanitario di fiducia per gli imputati dopo la pronuncia della sentenza di primo grado e per i condannati e gli internati è data dal direttore.
7. Con le medesime forme previste per la visita a proprie spese possono essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi a spese degli interessati da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici negli istituti.
8. Quando deve provvedersi con estrema urgenza al trasferimento di un detenuto o di un internato in luogo esterno di cura e non sia possibile ottenere con immediatezza la decisione della competente autorità giudiziaria, il direttore provvede direttamente al trasferimento, dandone contemporanea comunicazione alla predetta autorità; dà inoltre notizia del trasferimento al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e al provveditore regionale.
9. In ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche, comprese quelle collegabili alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del movimento e dell'attività fisica.

Art. 18 (Rimborso delle spese per prestazioni sanitarie)

1. E' fatto divieto di richiedere alle persone detenute o internate alcuna forma di partecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie erogate dal servizio sanitario nazionale.
2. I detenuti o internati stranieri, apolidi o senza fissa dimora iscritti al servizio sanitario nazionale ai sensi della vigente normativa ricevono l'assistenza sanitaria a carico dei servizio sanitario pubblico nel cui territorio ha sede l'istituto di assegnazione del soggetto interessato.
3. Gli enti tenuti ad erogare l'assistenza sanitaria provvedono direttamente a fornire le prestazioni previste dalle leggi vigenti nei confronti dei familiari dei detenuti e degli internati lavoratori.

Art. 19 (Assistenza particolare alle gestanti e alle madri con bambini. Asili nido)

1. Le gestanti e le madri con bambini sono assistite da specialisti in ostetricia e ginecologia, incaricati o professionisti esterni. Il parto deve essere preferibilmente effettuato in luogo esterno di cura.
2. E' prestata, altresì, l'assistenza da parte di personale paramedico ostetrico.
3. L'assistenza sanitaria ai bambini che le madri detenute o internate tengono presso di sé è curata da professionisti specialisti in pediatria.
4. Gli specialisti in ostetricia e ginecologia e i pediatri, il personale paramedico, nonché gli operatori in puericultura degli asili nido sono compensati con onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate.
5. Presso gli istituti o sezioni dove sono ospitati gestanti e madri con bambini sono organizzati, di norma, appositi reparti ostetrici e asili nido. Le camere dove sono ospitati le gestanti e madri con i bambini non devono essere chiuse, affinché gli stessi possano spostarsi all'interno del reparto o della sezione, con il limite di non turbare l'ordinato svolgimento della vita nei medesimi.
6. Sono assicurati ai bambini all'interno degli istituti attività ricreative e formative proprie della loro età. I bambini, inoltre, con l'intervento dei servizi pubblici territoriali o del volontariato, sono accompagnati all'esterno con il consenso della madre, per lo svolgimento delle attività predette, anche presso gli asili nido esistenti sul territorio.
7. Quando i bambini debbono essere separati dalle madri detenute o internate, per avere superato il limite di età stabilito dalla legge o per altre ragioni, sentita in questo ultimo caso la madre, e non esistono persone a cui la madre possa affidare il figlio, la direzione dell'istituto, in tempo utile per le necessarie iniziative, segnala il caso agli enti per l'assistenza all'infanzia e al centro di servizio sociale, che assicura comunque il mantenimento di costanti rapporti tra la madre e il bambino.

Art. 20 (Disposizioni particolari per gli infermi e i seminfermi di mente)

1. Nei confronti dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente, salve le disposizioni di cui ai commi seguenti, devono essere attuati interventi che favoriscano la

loro partecipazione a tutte le attività trattamentali e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale, anche attraverso lo svolgimento di colloqui fuori dei limiti stabiliti dall'articolo 37. Il servizio sanitario pubblico territorialmente competente accede all'istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale.

2. La sottoposizione a visto di controllo della corrispondenza dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente può essere proposta, oltre che nei casi previsti dall'articolo 38, anche per esigenze connesse al trattamento terapeutico, accertate dal sanitario.
3. Nella concessione dei permessi di colloquio e nelle autorizzazioni alla corrispondenza telefonica si devono tenere in conto anche le esigenze di cui al comma 1.
4. I detenuti e gli internati infermi o seminfermi di mente che, a giudizio del sanitario, sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile sono ammessi al lavoro e godono di tutti i diritti relativi.
5. Coloro che non sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile possono essere assegnati, secondo le indicazioni sanitarie, ad attività ergoterapiche e ad essi viene corrisposto un sussidio nella misura stabilita con decreto ministeriale.
6. Le disposizioni concernenti la formazione delle rappresentanze previste dagli articoli 9, 12, 20 e 27 della legge si applicano anche agli infermi o seminfermi di mente. Tuttavia, se fra i sorteggiati vi siano individui che, a giudizio del sanitario, per le loro condizioni psichiche non sono in grado di svolgere il compito, il magistrato di sorveglianza dispone la loro esclusione. Gli esclusi sono sostituiti da altri detenuti o internati nominati anch'essi per sorteggio.
7. Nei confronti degli infermi e dei seminfermi di mente le sanzioni disciplinari si applicano solo quando, a giudizio del sanitario, esista la sufficiente capacità naturale che consenta loro coscienza dell'infrazione commessa ed adeguata percezione della sanzione conseguente.
8. Gli infermi e seminfermi in permesso, in licenza o in regime di semilibertà ricevono, ove occorra, assistenza da parte dei servizi psichiatrici pubblici degli enti locali.
9. I detenuti e internati tossicodipendenti che presentino anche infermità mentali sono seguiti in collaborazione dal servizio per le tossicodipendenze e dal servizio psichiatrico.

Il presente articolo, nonché gli articoli 17, 18 e 19 si applicano fino alla completa attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230.

Regole minime per il trattamento dei detenuti

Presentiamo le regole minime per il trattamento dei detenuti, con particolare riferimento ai Servizi Sanitari, così come enunciate nella "Raccomandazione Comitato dei Ministri della Comunità Europea, del 12 febbraio 1987:

1. Ogni istituto penitenziario deve disporre almeno dell'opera del medico generico. I servizi sanitari dovrebbero essere organizzati in stretta relazione con il servizio sanitario della comunità o nazionale. Essi devono comprendere un servizio psichiatrico per la diagnosi e, se del caso, per il trattamento delle turbe psichiche. I detenuti malati che richiedono cure specialistiche devono essere ricoverati in istituti specializzati o in strutture sanitarie civili. Quando un trattamento ospedaliero è organizzato nell'istituto, questo deve essere provvisto di installazioni, materiali e prodotti farmaceutici che consentano di offrire ai malati le cure ed i trattamenti convenienti; il personale sanitario deve avere una sufficiente formazione professionale. Ogni detenuto deve poter usufruire delle cure di un dentista qualificato.
2. I detenuti non possono essere sottoposti ad alcun esperimento che possa provocare loro un danno fisico o morale.
3. Nella misura del possibile devono essere adottate le disposizioni idonee per permettere la nascita dei bambini in un ospedale esterno all'istituto. Tuttavia, quando ciò non sia possibile, gli istituti devono disporre di personale adeguato e di strutture idonee per il parto e le cure post-natali. Se un bambino è nato in istituto. questo fatto non deve essere menzionato nel certificato di nascita. Se le madri detenute sono autorizzate a tenere con sé i propri figli, si deve poter disporre di un asilo nido dotato di personale qualificato dove i bambini saranno sistemati quando non sono affidati alle loro madri.
4. Il sanitario deve vedere e visitare ogni detenuto nel più breve tempo possibile dopo il suo ingresso ed in seguito con la frequenza necessaria, in particolare al fine di accertare l'esistenza di una malattia fisica o psichica e di adottare tutte le misure necessarie per le cure mediche, di assicurare l'isolamento dei detenuti sospetti di essere affetti da malattie infettive o contagiose, di individuare le deficienze fisiche o psichiche che potrebbero ostacolare il reinserimento del detenuto dopo la liberazione, e di determinare l'idoneità di ogni detenuto al lavoro.
5. Il sanitario deve aver cura della salute fisica e psichica dei detenuti, deve visitare, nelle condizioni e con la frequenza consigliata dalle norme ospedaliere, tutti i detenuti malati, tutti quelli che segnalano di essere malati o feriti, e tutti quelli sui quali la sua attenzione è particolarmente attirata.
6. Il sanitario deve far rapporto al direttore ogni qualvolta ritenga che la salute fisica o psichica di un detenuto è stata o può essere sfavorevolmente influenzata da un prolungamento oda una qualsivoglia modalità della detenzione. Il sanitario o una autorità competente deve effettuare delle ispezioni regolari e consigliare il direttore per quel che riguarda:
    a) La quantità, la qualità, la preparazione e la distribuzione degli alimenti e dell'acqua;
    b) L'igiene e la pulizia dell'istituto e dei detenuti;

c) Le installazioni sanitarie, il riscaldamento, l'illuminazione e la ventilazione dell'istituto;
d) La qualità e la pulizia dei vestiti e del corredo per il letto dei detenuti.

7. Il direttore deve prendere in considerazione i rapporti e i pareri del sanitario e, in caso di accordo, adottare immediatamente le misure idonee perché tali raccomandazioni siano applicate; in caso di disaccordo, o se la materia non rientra nella sua competenza, egli deve trasmettere immediatamente le sue osservazioni e il rapporto sanitario all'autorità sovraordinata.
8. I servizi sanitari dell'istituto devono adoperarsi, per diagnosticare e curare tutte le malattie fisiche o mentali e le malformazioni, suscettibili di compromettere il reinserimento del detenuto dopo la sua liberazione. A questo fine, devono essere fornite al detenuto tutte le cure mediche, chirurgiche e psichiatriche necessarie, ivi comprese quelle che sono fornite all'esterno.

L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario

L'articolo 11 della legge sull'Ordinamento Penitenziario (L. n. 354/1975) stabilisce che ogni istituto sia dotato di un servizio medico e farmaceutico, che risponda alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati e che disponga di almeno uno specialista in psichiatria.
Sempre nell'articolo 11 vengono definite le attività sanitarie interne agli istituti:

- l'obbligo di visita all'ingresso nella struttura,
- la discrezionalità di visita medica dei detenuti indipendentemente da richiesta,
- la disponibilità del medico per le visite quotidiane dei malati,
- l'adozione di misure per l'isolamento sanitario in caso di malattie contagiose e nel rispetto delle norme in tema di malattia psichiatria e salute mentale,
- particolare attenzione alla tutela della salute delle detenute madri e dei loro figli.

Lo stesso articolo 11 prevede che, nell'ipotesi in cui gli interventi diagnostici o terapeutici non possano avvenire nell'ambito dell'istituzione penitenziaria, è consentito il trasferimento del paziente-detenuto in ospedale o in altro luogo esterno di cura.
L'assistenza sanitaria può dunque essere organizzata in "collaborazione con i servizi pubblici sanitari locali ospedalieri ed extraospedalieri, d'intesa con la Regione e secondo gli indirizzi del Ministero della Sanità".

L'innovazione del servizio sanitario penitenziario é iniziata nel 1992, con il raggruppamento delle attività dell'istituto penitenziario in aree individuate in base ai diversi fini istituzionali. Tra le diverse aree é stata individuata l'**area sanitaria**, con l'obiettivo di adeguare il servizio al bisogno di salute psicofisica dei detenuti e degli internati. Il servizio, infatti, non può essere considerato di ausilio per il perseguimento di altri scopi, come quello della sicurezza e del trattamento, pur tenendo conto della peculiarità del contesto.
L'assistenza sanitaria per i detenuti e gli internati è assicurata in ogni struttura detentiva con la presenza di **personale medico e paramedico**.

All'area sanitaria appartengono le seguenti figure professionali:

- medici incaricati,
- medici di guardia,
- medici specialisti,
- infermieri professionali e generici,
- ausiliari socio sanitari,
- farmacisti,
- personale tecnico.

Considerando la diversa capienza degli istituti penitenziari, l'Amministrazione ha organizzato tre diversi livelli di assistenza, in modo il più possibile uniforme sul territorio nazionale

- **Le strutture sanitarie di primo livello**: negli Istituti in cui sono presenti fino a 225 detenuti, la presenza di personale sanitario é garantita per buona parte della giornata;
- **Le strutture sanitarie di secondo livello**: negli Istituti in cui sono presenti oltre 225 detenuti, è previsto un servizio sanitario continuativo per 24 ore al giorno;
- **Le strutture sanitarie di terzo livello**: sono strutture penitenziarie di grandi dimensioni, sede anche di centri clinici, in grado di affrontare necessità mediche di particolare rilievo e in taluni casi anche chirurgiche.

Queste strutture sanitarie corrispondono ai Presidi sanitari.
La diversità delle realtà locali ha portato alla recente istituzione di una nuova struttura: **l'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria**.
L'Unità Operativa svolge un'azione di coordinamento, di pianificazione, di attuazione dei programmi di intervento, di verifica dei risultati delle attività realizzate, di potenziamento dei servizi assistenziali specifici per la popolazione detenuta mediante l'instaurazione di forme di integrazione con le strutture del servizio sanitario nazionale e i servizi socio-familiari del territorio.

L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario Nazionale[8]

Il Servizio Sanitario, Ufficio III, dipende dal Ministero della Giustizia e collabora con il Ministero della Salute. Esso è organizzato in tre diversi livelli:

1. un livello centrale (Ufficio III)
2. un livello regionale, presieduto dal P.R.A.P, il collaborazione con le Regioni e gli Assessorati alla Sanità
3. un livello locale a cui fanno capo gli Istituti che sono in diretto contatto con le ASL.

Il *livello centrale* è coordinato da un dirigente responsabile con cui collabora uno staff tecnico-sanitario, ed è suddiviso in tre sezioni, ciascuna delle quali ha un compito preciso:

- sezione I°: ha il compito di progettazione e programmazione generale del servizio sanitario;
- sezione II°: svolge funzioni di verifica e revisione della qualità dell'Assistenza;
- sezione III°: si occupa di igiene, medicina preventiva ed epidemiologia, salute mentale, tossicodipendenze, alcoldipendenze e sindromi HIV e AIDS.

Le aree di intervento del l'Ufficio III sono molteplici, fra cui lo svolgimento di indagini epidemiologiche, il collegamento con Provveditorati ed Istituti, la supervisione degli OPG, la gestione del personale, la ripartizione del budget e la fornitura di strutture e attrezzature.
L'Ufficio III si avvale delle seguenti risorse:

- personale che comprende: dirigenti, direttori, medici, contabili, educatori, unità di P.P e uno staff medico sanitario;
- logistica;
- servizi di supporto;
- utilities;

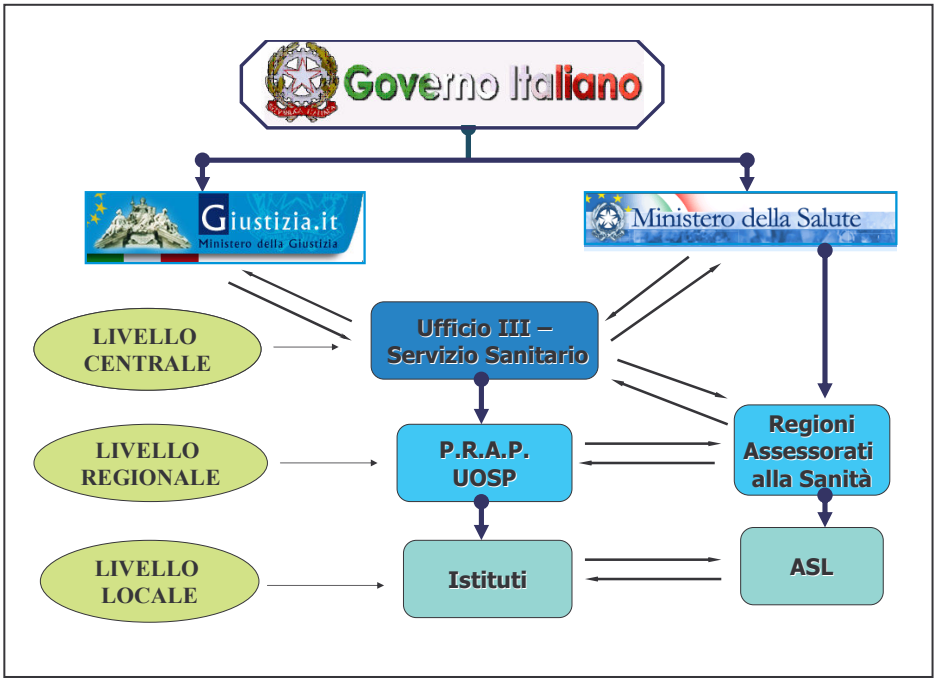
L'assistenza sanitaria che il Servizio Sanitario svolge nei confronti dei soggetti detenuti si realizza tramite l'individuazione di modelli assistenziali basati sulle dimensioni degli Istituti e sulle specifiche esigenze sanitarie, in funzione delle risorse disponibili. Il Servizio Sanitario si occupa inoltre di condurre un monitoraggio annuale delle attività svolte nelle articolazioni sanitarie periferiche dell'amministrazione, ne controlla le spese e verifica gli obiettivi, che possono essere poi riformulati in base alle criticità emerse.
Il livello regionale è presieduto dal Provveditore, che si avvale dell'U.O.S.P, composta da coordinatori, medici, infermieri contabili e operatori.
Le principali funzioni sono di monitoraggio e assistenza sanitaria, di attuazione e verifica P.E.A., di cura del rapporto con le Regioni, gli Istituti e le ASL.

[8] Fonte: Relazione dott. G. Starnini, discussa in occasione del convegno "Carcere e Tossicodipendenza. I confini della responsabilità e l'integrazione degli interventi", tenutosi a Padova il 19 maggio 2005.

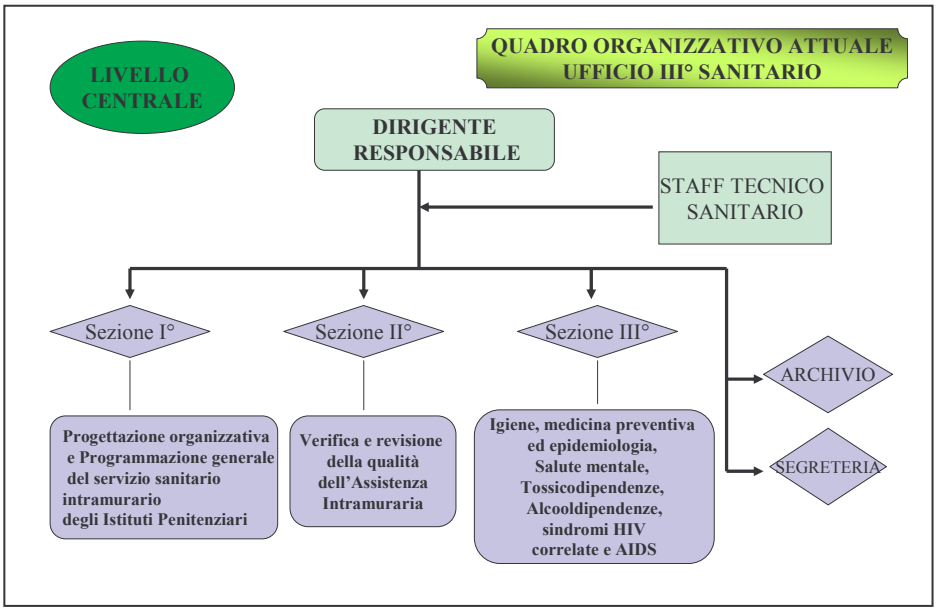
Il *livello locale* riguarda l'organizzazione dei singoli Istituti, che si possono dividere in Istituti di primo livello e di secondo livello. Per quanto riguarda i primi, essi sono diretti da un direttore che presiede anche all'area sanitaria e da un medico responsabile di tale area. L'area sanitaria è composta da medici, infermieri, farmacia e da medici specialisti in 4 branche; il servizio medico non è presente per 24 ore. Gli Istituti di secondo livello sono invece così organizzati: un direttore, un responsabile dell'area sanitaria, composta da medici, infermieri, farmacia e specialisti in 6 branche; il servizio medico è presente per 24 ore.

Seguono i grafici dettagliati di quanto sopra esposto.

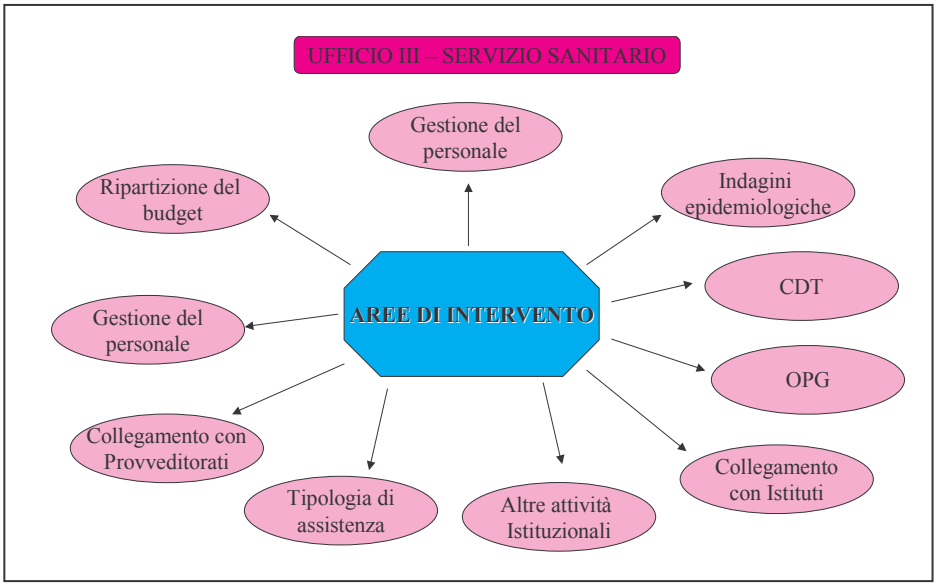
Tab. 1: Schema organizzativo del Sistema Sanitario Carcerario in Italia



Tab. 2: Livello Centrale: organizzazione dell'Ufficio III – Servizio Sanitario

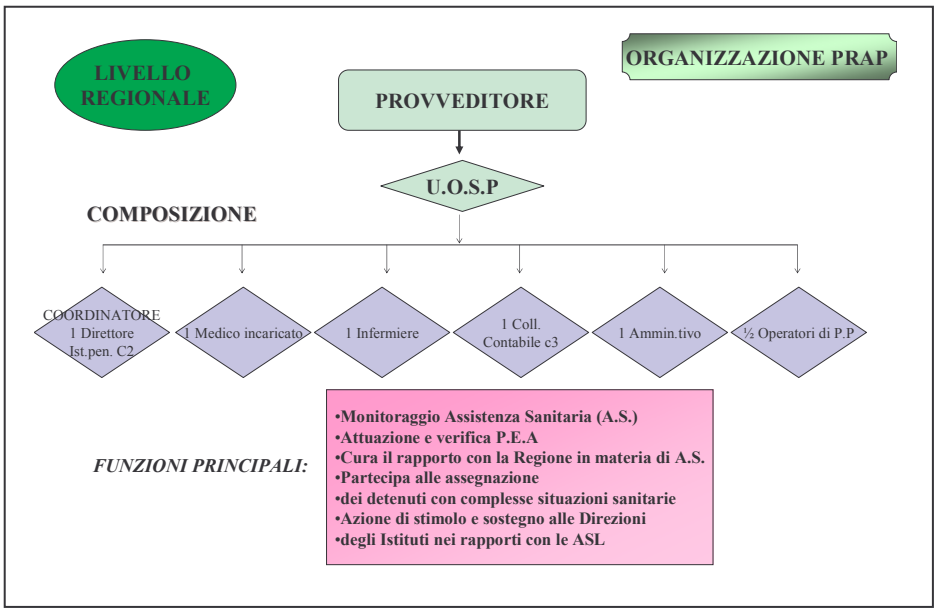


Tab. 3: Livello Centrale: aree di intervento dell'Ufficio III Sanitario

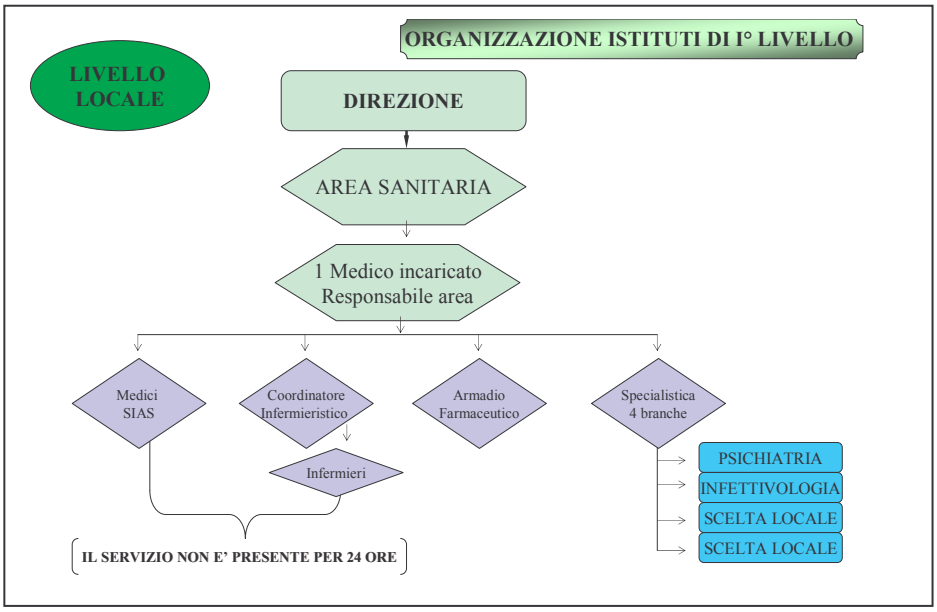


Tab. 4: Livello Centrale: obiettivi dell'Ufficio III Sanitario

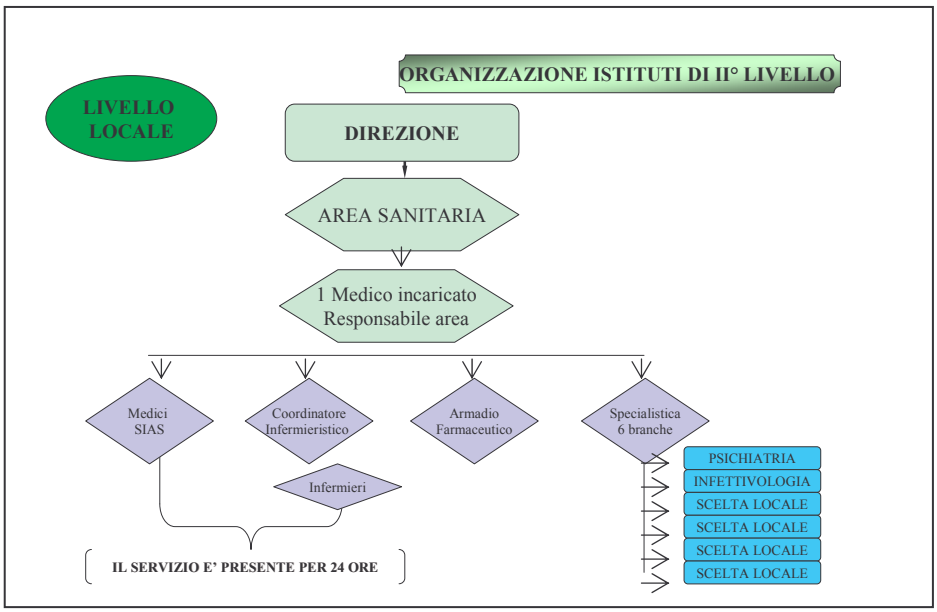
Tab. 5: Livello Regionale : organizzazione PRAP



Tab. 6: Livello Locale: organizzazione degli Istituti di I° livello



Tab. 7: Livello Locale: organizzazione degli Istituti di II° livello



L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario nelle Carceri del Veneto[9]

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA CIRCONDARIALE DI PADOVA

A) Ore di attività guardia medica e servizio infermieristico
L'attività della guardia medica è di **24 ore al giorno, sette giorni su sette**. Anche il personale paramedico è presente per una media di 18 ore giornaliere, sempre tutti i giorni della settimana.

B) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalente m. somministrate
Pers. medico e infermieristico	**1**	Medico Incaricato	Di ruolo	Minimo tre ore giorn. , sei gg. a settimana	In media 6/8 al giorno		
	5	Sanitari di guardia med.	Non di ruolo	Si suddividono il monte ore giornaliero indicato al punto A)	La media delle visite è nel complesso di 20 al giorno		
	1	Medico del Presidio Tossic.	Di ruolo	Tre ore giornaliere per 6 giorni la settimana	Una media di 25 visite giornaliere		
	1	Infermiere caposala	Di ruolo	36 ore settimanali	L'attività del personale inferm. non può essere misurata in termini di numero di visite		
	6/7	Infermieri professionali	Non di ruolo	Si suddividono il monte ore indicato al punto A)	Come sopra		
Specialisti	**1**	Psichiatra	Non di ruolo	60 ore mensili	828 (annuale)		
	1	Odontoiatra	Non di ruolo	A richiesta	156 (annuale)		
	1	Oculista	Non di ruolo	A richiesta	31 (annuale)		
	1	Dermatologo	Non di ruolo	A richiesta	29 (annuale)		
	1	ORL	Non di ruolo	A richiesta	28 (annuale)		
	1	Infettivologo	Non di ruolo	A richiesta	Al momento è dimissionario		

[9] fonte: Direzioni delle singole Carceri

LE PATOLOGIE PREVALENTI DI QUESTO ISTITUTO SONO:

1) **TOSSICODIPENDENZA**
2) **PATOLOGIE INFETTIVE**
3) **PATOLOGIE PSICHIATRICHE**
4) **PATOLOGIE DISMETABOLICHE**
5) **PATOLOGIE DERMATOLOGICHE**

LE TERAPIE PREVALENTI SOMMINISTRATE SONO:

1) **ANTIBIOTICI- ANTIVIRALI**
2) **PSICOFARMACI**
3) **FANS**
4) **PREPARATI DERMATOLOGICI**
5) **ANTIDIABETICI- IPOTENSIVI- IPOCOLESTEROLEMIZZANTI**

C) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**Si con un medico, due psicologi e un infermiere**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**Si**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**No , l'infermeria è solo dotata di ambulatori ma non vi sono stanze di degenza**
Sala per ecografie e radiografie	**No**
Altro (specificare)	**Gabinetto oculistico**

D) Spese sostenute

Categoria di spesa	**Costo di Spesa**
Personale	**€ 317.466,27**
Farmaci	**€ 40.811,31**
Attrezzature	**€ 5.218,38**

E) Suicidi

n.	**età**	**provenienza**	**Reato commesso**	**Mesi di detenzione**	**Mezzo usato**
nessuno	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

Organizzazione presidio sanitario
Casa di Reclusione di Padova

A) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalentem. somministrate
Pers. medico e infermieri-stico	2	Medico incaricato	Di ruolo	18 ore/sett	250/ mese		
	7	Medico Sias	Non di ruolo	100 ore/mese	1100/ mese		
	1	Medico Ser.t	Non di ruolo	5 ore/giorno	450/ mese		
		Infermieri	Non di ruolo	36 ore/giorno + 5 ore/giorno (Ser.t)			
Specialisti	1	Psichiatra	Non di ruolo	4 ore/ giorno	90/ mese	Disturbi d'ansia	Benzodiazepine
	1	Dermatologo	Non di ruolo	2 accessi/ mese	15/ mese	Dermatiti	Prodotti topici antistamine
	1	Chirurgo	Non di ruolo	1 accesso/ mese	10/ mese		
	1	Infettivologo	Non di ruolo	2 accessi/ mese	10/ mese	HIV - epatite	Antiretrovirali
	1	Cardiologo	Non di ruolo	2 accessi/ mese	10/ mese	Cardiopatia ischemica - ipertensione	
	1	Oculista	Non di ruolo	1 accesso/ mese	10/ mese	Calo vista - glaucoma	
	1	Otorino	Non di ruolo	2 accessi/ mese	15/ mese	Otiti - ipoacusie	Antibiotici
	2	Dentisti	Non di ruolo	2 accessi/ sett.	30/ mese	Carie	Cure
	1	Ecografista	Non di ruolo	1 accesso/ mese	15/ mese	Epatopatie croniche	
	1	ortopedico	Non di ruolo	2 accessi/ sett.	2/ mese	Artrosi post-traumatiche	Infiltrazioni

B) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**Si**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**Si**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**Si, 16 posti di degenza**
Sala per ecografie e radiografie	**Sì, ecografo – sala radiologia funzionante non attivata**
Altro (specificare)	**Ambulatorio oculistico attrezzaro**

C) Spese sostenute

Categoria di spesa	**Costo di Spesa (anno 2004)**
Personale	**€ 494.949.50**
Farmaci	**€ 165.860.64**
Attrezzature	**€ 3.500.00**

D) Suicidi

n.	**età**	**provenienza**	**Reato commesso**	**Mesi di detenzione**	**Mezzo usato**
1	20	tunisina	Art. 575	20	Inalazione gas
1	29	Italiana	Artt. 575 - 577	8 anni 4 mesi	Impiccagione
1	21	italiana	Artt. 624 - 625 - 492 – 477 – 476 - 481	21	Inalazione gas

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA CIRCONDARIALE DI ROVIGO

A) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalentem. somministrate
Pers medico e infermieri-stico	1	Medico incaricato	Di ruolo	18 ore/sett	2000 visite annuali	varie	varie
	2	Infermieri dipendenti	Di ruolo	36 ore/sett			
	1	Assistente	Non di ruolo	28 ore/sett			
	4	Medici sias	Non di ruolo	6 ore/gg feriali 24 ore/gg festivi			
Specialisti	1	Infettivologo	Non di ruolo		100		
	1	Odontoiatra	Non di ruolo		50		

B) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**no**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**si**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**no**
Sala per ecografie e radiografie	**no**
Altro (specificare)	

C) Spese sostenute

Categoria di spesa	Costo di Spesa (anno 2004)
Personale	**€ 95.576,59**
Farmaci	**€ 25.551,85**
Attrezzature	

D) Suicidi

n.	età	provenienza	Reato commesso	Mesi di detenzione	Mezzo usato
-	-	-	-	-	-

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA CIRCONDARIALE DI TREVISO

A) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalentem. somministrate
Pers medico e infermieristico	1	Medico incaricato	Di ruolo	3/18/72	Circa 10/die	TDP – IPERT.ART GASTROPAT	ANSIOLITICA IPNOTICA GASTROPROTETTIVI
	6	MEDICI SIAS	Non di ruolo	18/132/528	Circa 15/die	COME SOPRA	ANTIPERTENSIVI
	2	INFERMIERI PROFESSIONALI	Non di ruolo	14/96/384	----------	----------	----------
	2	OTAA	Non di ruolo	14/96/384	----------	----------	----------
Specialisti	1	ODONTOIATRA	Non di ruolo	3 SETT./12 MENS.	CIRCA 10	----------	----------
	1	INFETTIVOLOGO	Non di ruolo	A CHIAMATA	3 NEL SEMESTRE 05	HIV - EPATITI	
	1	ORTOPEDICO	Non di ruolo	A CHIAMATA	12 NEL SEMESTRE 05		
	1	DERMATOLOGO	Non di ruolo	A CHIAMATA	----------		
	1	UROLOGO	Non di ruolo	A CHIAMATA	----------		
	1	CHIRURGO	Non di ruolo	A CHIAMATA	----------		
	1	ORL	Non di ruolo	A CHIAMATA	----------		
	2	PSICHIATRA	Non di ruolo	6 SETT. / 24 MENS.	CIRCA 15/SETT.	----------	----------

B) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**SI**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**SI**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**NON DEGENZA, SI TERAPIA INFUSIONALE**
Sala per ecografie e radiografie	**NO**

C) Spese sostenute al 31/05/2005

Categoria di spesa	Costo di Spesa
Personale	**€ 105.775,00**
Farmaci	**€ 8.748,00**
Attrezzature	

D) Suicidi

n.	età	provenienza	Reato commesso	Mesi di detenzione	Mezzo usato
0 NEL 2004 - 2005	**-**	**-**	**-**	**-**	

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA DI RECLUSIONE FEMMINILE DI VENEZIA GIUDECCA

A) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalentem. somministrate
Pers Medico e infermieristico	1	Medico incaricato	Di ruolo	18 sett.	Circa 150/mese	Ansia depressione	Antidolorifici ansiolitici
	3	Medici sias	Non di ruolo		Circa 100/mese		
	3	Infermieri professionali	Non di ruolo				
			Non di ruolo				
Specialisti	1	Ginecologo	Non di ruolo				
	1	Odontoiatra	Non di ruolo				
	1	Pediatra	Non di ruolo				

B) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**si**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**si**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**si**
Sala per ecografie e radiografie	**no**
Altro (specificare)	**ECG/defibrillatore**

C) Spese sostenute

Categoria di spesa	Costo di Spesa
Personale Guardia medica-specialisti-infermieri	**€ 77.858,00**
Farmaci	**€ 21.155,00**
Attrezzature	**€ 4.922,00**

D) Suicidi

n.	età	provenienza	Reato commesso	Mesi di detenzione	Mezzo usato
0	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA CIRCONDARIALE S.A.T. DI VENEZIA GIUDECCA

A) Ore di attività guardia medica e servizio infermieristico:

	Numero ore giorn. autorizzate		Numero ore giorn. realm. utilizzate	
	feriali	festivi	feriali	festivi
Servizio di guardia medica:	6	24	6	24
Servizio infermieristico:	12	12	6	6

B) Personale sanitario impiegato

	nº	**qualifica**	**tipo di contratto**	**Ore di servizio gg/sett/mese**	**nº visite effettuate**	**Patologie prevalenti**	**Terapie prevalentem. somministrate**
Pers medico e infermieristico	**1**	MEDICO INCARICATO PROVVISORIO	Non di ruolo	3/gg	2/gg	H.I.V.	**Antidolorifici**
			Non di ruolo	18/sett	10 sett	H.I.V.	Antidolorifici
	3	MEDICI S.I.A.S.	Non di ruolo	60/sett	10/sett	H.I.V.	Antidolorifici
	1	Infermiere professionale	Non di ruolo	36/sett			
Specialisti	**1**	Dermatologo	Non di ruolo	su chiamata	3/mese	Micosi	Creme antimicotiche
	1	Infettivologo	Non di ruolo	4 ore/mese	8/mese	H.I.V.	Antivirali
	1	Dentista	Non di ruolo	4 ore/mese	6/mese	Carie	Antinfiammatori / Antibiotici

C) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**NO**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**SI**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**NO**
Sala per ecografie e radiografie	**NO**
Altro (specificare)	

D) Spese sostenute

Categoria di spesa	**Costo di Spesa**
Personale	**€ 326.549,58**
Farmaci	**€ 63.385,46**
Attrezzature	**€ 1.684.25**

E) Suicidi

n.	**età**	**provenienza**	**Reato commesso**	**Mesi di detenzione**	**Mezzo usato**
NESSUNO					

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA CIRCONDARIALE DI VENEZIA SMM

A) Ore di attività guardia medica e servizio infermieristico:

	Numero ore giorn. autorizzate		Numero ore giorn. realm. utilizzate	
	feriali	festivi	feriali	festivi
Servizio di guardia medica:	17	24	16	23
Servizio infermieristico:	24	24	22	22

B) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalentem. somministrate
Pers medico e infermieristico	1	MEDICO INCARICATO PROVVISORIO	Non di ruolo	18/sett	240/mese	Dermat./cardiop./psich.	variabili
	5	MEDICI DI GUARDIA	Non di ruolo	17 ore feriali 24 ore festivi	350/mese	Dermat./cardiop./psich.	variabili
	4	INFERMIERI	Non di ruolo	12 ore / giorno			
Specialisti	1	Odontoiatra	Non di ruolo	4-5/mese	20/mese		
	1	Infettivologo	Non di ruolo	2 sett	10/mese		
	1	Dermatologo	Non di ruolo	2 sett	25/mese		
	1	Psichiatra	Non di ruolo	2 sett	30/mese		

C) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**SI**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**SI**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**SI, ma non degenza**
Sala per ecografie e radiografie	**Si, non operativa**
Altro (specificare)	

D) Spese sostenute

Categoria di spesa	**Costo di Spesa**
Personale	**€ 326.549,58**
Farmaci	**€ 63.385,46**
Attrezzature	**€ 1.684.25**

Suicidi

n.	**età**	**provenienza**	**Reato commesso**	**Mesi di detenzione**	**Mezzo usato**
NESSUNO					

ORGANIZZAZIONE PRESIDIO SANITARIO
CASA CIRCONDARIALE DI VICENZA

A) Personale sanitario impiegato

	nº	qualifica	tipo di contratto	Ore di servizio gg/sett/mese	nº visite effettuate	Patologie prevalenti	Terapie prevalentem. somministrate
Pers medico e infermieristico	**1**	Medico incar	Non di ruolo	3 die	6 die	Apparato digerente Psichiatriche App. osteo-articolare Malatt. metaboliche	Gastroprotett Ansiolitici FANS Insulina Antilipemizz Antidiabetici orali
	6	Guardie med	Non di ruolo	24 die	25 die	c.s.	c.s
	5	Inf profess	Non di ruolo	21 die	n.a.	n.a.	Somministraz terapie prescritte
Specialisti	**1**	Infettivologo	Non di ruolo	30 mensili	20 mensili	HCV HIV LUE Polmoniti	Antiretrovirali Antibiotici
	1	Psichiatra	Non di ruolo	60 mensili	60 mensili	Disturbo di personalità Psicosi Depressione Ansia	Antipsicotici Antidepressivi Ansiolitici Ipno-inducenti
	1	Oculista	Non di ruolo	2 mensili	7 mensili	Visus Congiuntiviti Calatio Cataratta Glaucoma Fundus in ipertesi e diabetici	Colliri antibiotici Antistaminici antiipertensivi oculari
	1	Dermatologo	Non di ruolo	2 mensili	15 mensili	Eczema Psoriasi Ptiriasi Verruche Condilomi	Cortisonici Antistaminici Antibiotici Antimicotici
	1	Odontoiatra	Non di ruolo	2 settimanali	7 giornaliere	Carie Gengiviti e ascessi	Antibiotici FANS
	1	Chirurgo	Di ruolo	2 mensili	8 mensili	Emorroidi Cisti Vene varic Neoformaz	Antibiotici Capillaro-protett Cortisonici Anestetici FANS

	1	Ortopedico	Di ruolo	2 mensili	8 mensili	Distorsioni esiti frattura artrosi Meniscopati Discopatie	FANS
	1	Cardiologo	Di ruolo	2 mensili	8 mensili	Ipertensione Aritmie Pregresso IMA Precordialgie	Antiipertensivi Antiaritmici Diuretici Vaso-dilatatori antitrombotici

B) Strutture e attrezzature presenti

Presidio per soggetti tossicodipendenti	**Sì**
Gabinetto odontoiatrico attrezzato	**Si**
Infermieria attrezzata, in grado di assicurare la degenza e le terapie infusionali	**Si**
Sala per ecografie e radiografie	**No**
Altro (specificare)	**Ambulatorio oculistico attrezzato Elettrocardiografo**

C) Spese sostenute

Categoria di spesa	**Costo di Spesa**
Personale	**€ 282.148,81**
Farmaci	**€ 53.542,64**
Attrezzature	**€ 6.345,45**

D) Suicidi

n.	età	provenienza	Reato commesso	Mesi di detenzione	Mezzo usato
NEGATIVO					

I dati delle Case Circondariali di Belluno e di Verona non sono pervenuti in tempo utile per la pubblicazione.

TABELLA RIASSUNTIVA

		C.C Padova	C.R Padova	C.C Rovigo	C.C Treviso	C.R.F Venezia Giudecca	C.C SAT Venezia Giudecca	C.C Venezia SMM	C.C Vicenza
Personale	Medici	7	10	6	7	4	4	6	7
	Infermieri	7		2	2	3	1	4	5
	Specialisti	6	11	2	9	3	3	4	8
Strutture e attrezzature	Presidio Tossicodip.	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si
	Gabinetto odontoiatrico	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Infermeria attrezzata	No	Si	No	Si	No	No	Si	Si
	Sala eco-radiografie	No	Si	No	No	No	No	Si	No
	Altro	Gabinetto oculistico	Gabinetto oculistico	-	-	ECG/ Defibril-latore	-	-	Gabinetto oculistico/ ECG

- Parte Terza -

La Patologia in Carcere

Le patologie mediche

Le patologie mediche maggiormente diffuse all'interno delle carceri sono:

- patologie infettive;
- patologie gastroenteriche;
- patologie dell'apparato cardiovascolare;
- patologie dell'apparato respiratorio;
- patologie metaboliche;

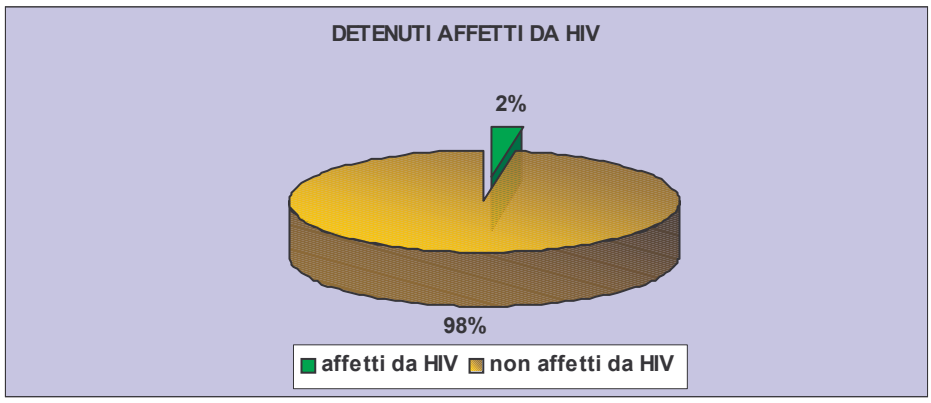
Le malattie infettive assumono una particolare rilevanza all'interno delle Istituzioni Penitenziarie, dove l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di tali patologie.
L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere indica:

a. prevalenza massima di *epatiti virali* e infezione *HIV* in diversi stadi di evoluzione;
b. malattie frequenti sono anche la scabbia, l'epatite A e la tubercolosi.

Le patologie del gruppo a. sono prevalentemente acquisite fuori dal carcere, anche se casi di trasmissione possono verificarsi durante la detenzione attraverso rapporti sessuali o procedure di tatuaggio, mentre le patologie del gruppo b. sono acquisite in prevalenza in carcere per trasmissione persona-persona.
Data la gravità di tali disturbi, si possono definire gli obiettivi che dovrebbero essere raggiunti per una corretta gestione delle infezioni:

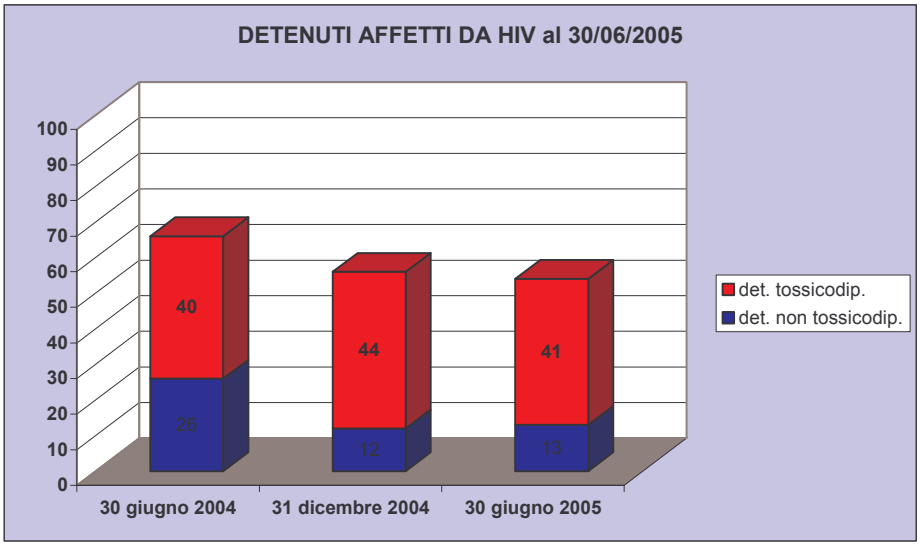
- predisposizione di strumenti informativi per il personale e i detenuti al fine di prevenire e ridurre la diffusione di malattie infettive;
- definizione di procedure di screening per l'identificazione dei soggetti affetti al momento dell'ingresso;
- garanzia, ai detenuti all'accesso, di trattamenti antinfettivi.

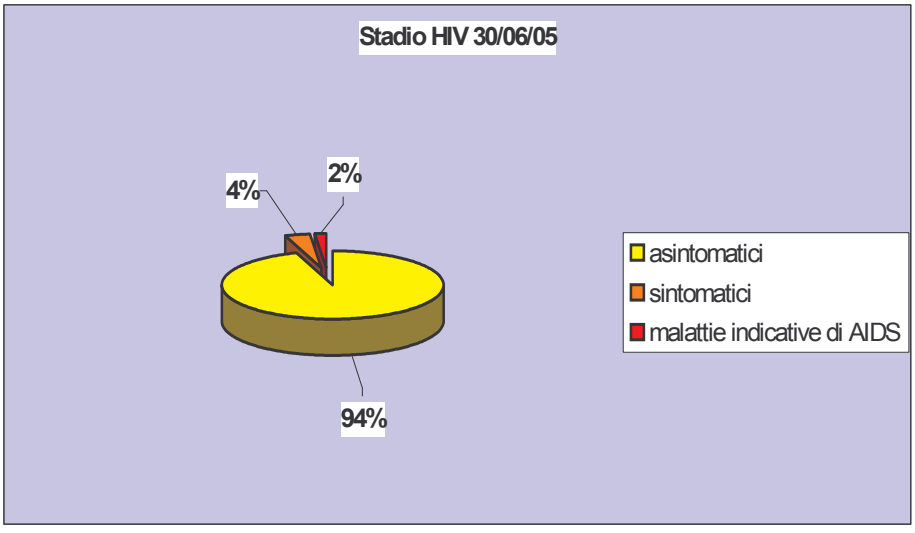
All'interno delle Carceri del Veneto i detenuti affetti da HIV sono **66,** 61 uomini e 5 donne[10].



[10] fonte: Provveditorato Regionale per il Veneto

Il grafico seguente mostra il numero di detenuti affetti da HIV, suddivisi in detenuti tossicodipendenti e non, nei due semestri del 2004 e nel primo semestre del 2005. Come si può osservare, il numero di detenuti tossicodipendenti che ha contratto il virus HIV è superiore rispetto ai non tossicodipendenti.





Le problematiche psichiche

All'interno delle carceri le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti; esse possono essere la continuazione o l'evidenziazione di disturbi psichici già esistenti, oppure possono insorgere in concomitanza o successivamente alla carcerazione. I fattori che concorrono a determinare questi stati sono molteplici e sono sia legati all'ingresso in istituto e allo stato di detenzione sia derivanti da situazioni pregresse di disagio familiare e sociale.

E' possibile individuare, per quanto riguarda le tipologie di disagio mentale, sei diversi campi, in parte sovrapponibili:

1. psicotico;
2. parapsicotico;
3. nevrotico;
4. reattivo;
5. psicosomatico;

Tra le patologie di tipo psichiatrico più frequentemente riscontrabili, si evidenziano disturbi di tipo psicotico e disturbi di personalità. Le psicosi si manifestano prevalentemente con un insieme di sintomi che pongono l'individuo in una temporanea o permanente situazione di perdita di contatto con la realtà; per quanto riguarda invece i disturbi di personalità, i più frequenti sono il Disturbo Borderline, il Disturbo Antisociale e il Disturbo Narcisistico.
Da un punto di vista diagnostico, i disturbi mentali che si evidenziano in carcere possono dividersi in:

- Disturbi dell'Adattamento.
- Disturbi d'Ansia e PTSD.
- Disturbi dell'Umore.
- Disturbi del controllo degli impulsi.
- Schizofrenia.

Psicosi Carcerarie

All'interno delle Istituzioni Penitenziarie si possono riscontrare delle sindromi psicopatologiche tipiche, che difficilmente si manifestano all'esterno delle mura carcerarie:

- "Sindrome da Ingresso in Carcere": consiste in una serie di disturbi sia psichici che psicosomatici riguardanti diversi organi e apparati ed è più frequente in soggetti alla prima detenzione.
- "Sindrome da Prisonizzazione": indica l'assunzione, in grado maggiore o minore, dei comportamenti, dei costumi e della cultura generale dell'Istituto. Sono stati individuati dei "fattori universali della prisonizzazione", quali l'accettazione di un ruolo inferiore al

proprio, l'acquisizione di dati relativi all'organizzazione interna e l'adozione di un linguaggio locale. All'assunzione di questi comportamenti si possono affiancare sensazioni di angoscia o fobie, insonnia, inappetenza, di solito presenti nel primo periodo di carcerazione.

- "Sindrome di Ganser": è caratterizzata da deliri, allucinazioni uditive e visive, analgesia, disorientamento e amnesia; l'elemento più significativo che caratterizza la sindrome è l'entrare e l'uscire da un alterato stato di coscienza. Inoltre, i soggetti non sono in grado di rispondere a domande semplici che vengono loro rivolte.

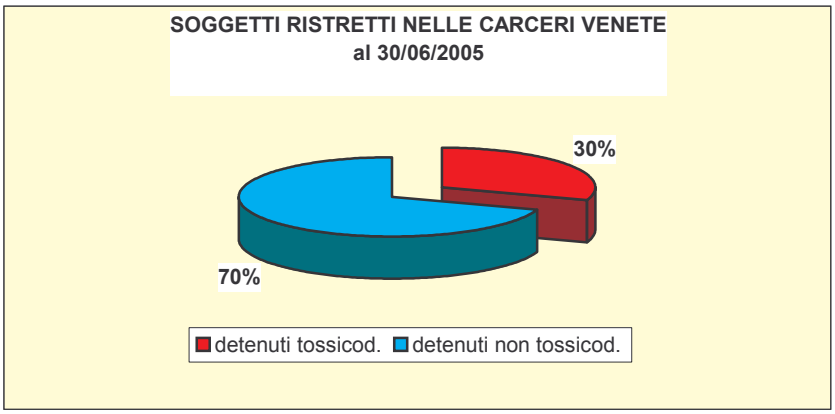
La Simulazione di malattia mentale

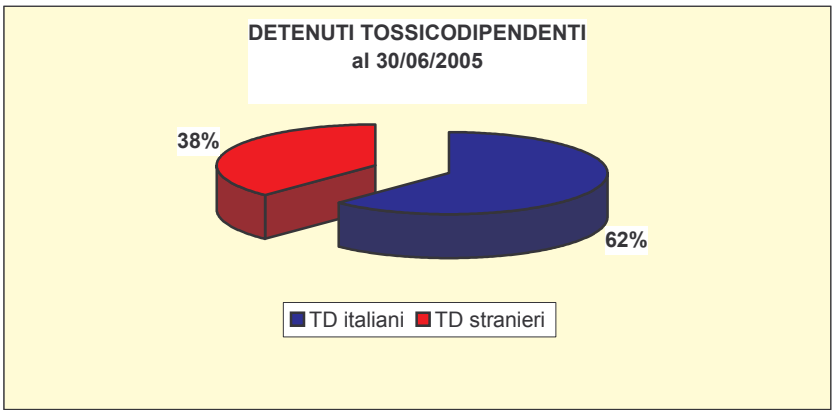
Nell'ambiente penitenziario molti detenuti mettono in atto delle condotte di simulazione di malattia, con lo scopo di ottenere dei benefici o dei miglioramenti delle condizioni di vita.
La simulazione comprende tutte quelle forme patologiche che hanno in comune la volontà di trarre in inganno circa le proprie condizioni di salute, in particolare quella psico-somatica.
Il detenuto che simula mette in atto una "pantomima clinica" caratterizzata dalla decisione cosciente di riprodurre, imitandoli, dei sintomi patologici fino al conseguimento di uno scopo. Molto frequenti sono le simulazioni di malattie mentali, dove è molto difficile discriminare tra il vero disturbo e la simulazione di questo.
Vengono elencati alcuni comportamenti tipici che possono essere individuati e che possono permettere di individuare il simulatore:

- riproduzione di singoli sintomi, non legati a una patologia specifica;
- esibizione dei propri disturbi in modo manifesto;
- presenza di quadri pseudo-demenziali;
- descrizione di allucinazioni e deliri;
- presenza di disturbi psicosomatici;
- presenza di una marcata componente isterica e recitativa.

La tossicodipendenza in carcere

La presenza dei detenuti tossicodipendenti all'interno degli Istituti Penitenziari italiani, al 31 dicembre 2004, è di circa 15.558 soggetti[11] e ne rappresenta circa un terzo dell'intera popolazione detenuta.
Il Veneto è tra le regioni italiane con il maggior numero di detenuti tossicodipendenti, con **865** soggetti, di cui **327** stranieri[12].
Come mostrato dal grafico che segue, rispetto al totale dei soggetti ristretti nelle carceri venete, pari a 2858 unità circa, i soggetti tossicodipendenti rappresentano il 30% della popolazione. Occorre però tenere presente che quasi la metà dei soggetti reclusi lo è per reati che comportano violazioni alla legge sugli stupefacenti.
Relativamente alla popolazione dei tossicodipendenti detenuti, i soggetti stranieri ne costituiscono il 38% del totale.





[11] fonte: Ministero di Giustizia, 11/07/2005. I dati, provenienti dalla fonte ufficiale, non sono ancora stati aggiornati al primo semestre dell'anno 2005.
[12] fonte: Provveditorato Regionale per il Veneto.

I dati della tossicodipendenza nelle carceri venete al 30/06/2005

ISTITUTO	TOT PRESENZE	SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI			% interna	% sul totale presenze
		Uomini	Donne	Tot		
C.C BELLUNO	102	39	1	40	39,22%	1,40%
C.C PADOVA	247	127	0	127	51,42%	4,44%
C.R PADOVA	733	205	0	205	27,97%	7,17%
C.C. ROVIGO	108	25	7	32	29,63%	1,12%
C.C TREVISO	262	80	0	80	30,53%	2,8%
C.C VENEZIA SMM	209	40	0	40	19,14%	1,40%
C.R.F VENEZIA	108	0	25	25	23,15%	0,87%
C.C VENEZIA-GIUD	36	0	0	0	0%	0%
C.C VERONA MONT	784	194	19	213	27,17%	7,45%
C.C VICENZA	269	103	0	103	38,29%	3,6%
totale	2858	813	52	865	30,27%	30,27%

ISTITUTO	Tot TDip	TOSSICODIPENDENTI STRANIERI			% interna	% sul totale TDip
		Uomini	Donne	Totale		
C.C BELLUNO	40	0	2	2	5%	0,23%
C.C PADOVA	127	1	0	1	1%	0,11%
C.R PADOVA	205	140	0	140	68,29%	16,8%
C.C. ROVIGO	32	3	0	3	9,37%	0,35%
C.C TREVISO	80	0	0	0	0%	0%
C.C VENEZIA SMM	40	15	0	15	37,5%	1,73%
C.R.F VENEZIA	25	0	2	2	8%	0,23%
C.C VENEZIA-GIUD	0	0	0	0	0%	0%
C.C VERONA-MONT	213	116	4	120	56,33%	13,87%
C.C VICENZA	103	44	0	44	42,71%	5,08%
totale	865	203	4	327	37,80%	37,80%

Il problema della tossicodipendenza in carcere può rientrare all'interno di quelle che vengono chiamate *aree critiche*, sia per quanto riguarda la gestione economica sia quella clinica di crisi e di astinenza o della somministrazione della terapia metadonica.
Questa problematica è connessa con altre tre aree di criticità riscontrabili in carcere:

1. uso degli psicofarmaci: vengono utilizzati per generare una risposta chimica simile a quella della sostanza stupefacente, in particolare gli ansiolitici, antidepressivi e antidolorifici, fino a creare una nuova categoria definita dei "farmacodipendenti";
2. malattie psichiatriche conseguenti alla tossicodipendenza.

Collegato a quest'ultimo punto è il progetto presentato dall'Amministrazione Penitenziaria il 15 maggio 2000, "Doppia diagnosi e diagnosi nascosta. Accoglienza e presa in carico negli istituti penitenziari"; di cui il Ministro per la Solidarietà Sociale ha predisposto il finanziamento nel luglio 2000. Per la realizzazione del progetto era prevista la partecipazione delle A.A.S.S.L.L. di riferimento sul territorio per gli Istituti coinvolti nella ricerca, quali la Casa di Reclusione "Due Palazzi" di Padova e la Casa Circondariale "Regina Coeli" di Roma.
I risultati hanno evidenziato la presenza di soggetti tossicodipendenti con concomitanti disturbi di personalità, tra cui il disturbo antisociale, il disturbo borderline con tratti antisociali e il disturbo borderline.

L'Assistenza ai Detenuti Tossicodipendenti

La Legge 419 del 1998, che ha stabilito il trasferimento delle funzioni sanitarie dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale ed è stata esercitata con il Decreto Legislativo n. 230 del 1999, disciplina anche il trattamento e l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti.
Il trattamento è strutturato in due livelli:

1. il primo livello riguarda i detenuti che entrano in carcere direttamente dalla libertà; questi soggetti necessitano di un trattamento individualizzato, che ha come fine la disintossicazione da sostanze. Si ha come riferimento la necessità di una separazione fisica dei soggetti, segnalata anche dal DPR n. 309 del 1990, con l'obiettivo di permettere un intervento specialistico e specializzato;
2. il secondo livello è quello degli Istituti o delle Sezioni a Custodia Attenuata, in cui i detenuti hanno già superato la fase della detossificazione e hanno accettato un programma di trattamento.

Attualmente l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti all'interno delle Carceri è demandata ai Ser.T.

Per quanto riguarda le Carceri del Veneto, l'unico Istituto in cui è presente la Sezione a Custodia Attenuata è la Casa Circondariale di Venezia Giudecca.

I Detenuti Alcooldipendenti

L'abuso di alcool all'interno delle Carceri è una problematica sempre più evidente e al tempo stesso difficile da definire e ancor di più da diagnosticare. Ci possono essere detenuti con una pregressa diagnosi di alcoldipendenza, ma può anche accadere che il detenuto diventi alcoldipendente proprio all'interno dell'Istituto e questo perché, a differenza delle Carceri Europee, in Italia l'alcol (e in particolare il vino) può essere liberamente acquistato dal detenuto per i pasti.
Al 30/06/2005, le Carceri venete contano **87** detenuti alcooldipendenti, 86 uomini e 1 donne[13]. La tabella che segue ne evidenzia l'andamento all'interno dei singoli Istituti.

ISTITUTO	Detenuti Alcoldipendenti al 30/06/2005		
	Uomini	Donne	Tot.
C.C BELLUNO	11	0	**11**
C.C PADOVA	19	0	**19**
C.R PADOVA	22	0	**22**
C.C. ROVIGO	4	0	**4**
C.C TREVISO	0	0	**0**
C.C VENEZIA SMM	5	0	**5**
C.R.F VENEZIA	0	0	**0**
C.C VENEZIA-GIUD	0	0	**0**
C.C VERONA-MONT	9	1	**10**
C.C VICENZA	16	0	**16**
totale	**86**	**1**	**87**

[13] fonte: Provveditorato Regionale per il Veneto

- Parte Quarta -

Eventi Critici

Il gesto autolesivo in carcere è un fenomeno che negli ultimi anni è in crescente aumento. Le motivazioni che spingono un detenuto a porre in atto un gesto autodistruttivo sono molteplici, legate sia a fattori interni del soggetto che all'ambiente, secondo i quali si possono raggruppare in due diversi ordini di fattori:

1. gesti a carattere liberatorio;
2. gesti a carattere dimostrativo;

Occorre comunque considerare che, all'interno dell'Istituzione penitenziaria, è molto difficile rilevare le condizioni psicologiche che precedono un comportamento suicidario. In tal senso si è cercato di individuare e definire una "sindrome presuicidale", che risulta caratterizzata da:

- progressiva riduzione dei contatti sociali e della comunicazione con altri individui;
- blocco dell'aggressività verso l'esterno e rivolgimento verso l'interno;
- sviluppo di fantasie di suicidio.

Il testo normativo che affronta in modo specifico, per ciò che riguarda gli Istituti di Pena, la tematica del suicidio e delle altre forme di autolesionismo si trova nelle Circolari Amato del 1986, 1987 e 1988, che prendono in considerazione il problema degli atti definiti "anticonservativi".

La circolare n. 3182/5632 dell'1986 contiene raccomandazioni rivolte all'impedire il corso di gesti autoaggressivi "simulativi" e tali che possano turbare l'ordine del Penitenziario. Quando il suicidio è un gesto simulativo si precisa nella circolare : "*l'interesse alla salute deve comporsi con la necessità di evitare rigorosamente eventuali strumentalizzazioni e abusi per i quali, in realtà, le ragioni sanitarie siano nulla più di un pretesto."*

Se il suicidio viene considerato, invece, come un gesto non simultativo, si fa riferimento all'art. 11 della legge n. 354/75 dell'O.P.

La circolare n. 3233/5683 del 1987 richiama *"l'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più significativo all'atto dell'ingresso della persona in istituto….."*, facendo sì che in tutti gli istituti venga istituito il *Servizio Nuovi Giunti*, avente come specifica finalità la tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti.

Tale servizio consiste in un presidio psicologico, che si affianca alla prima visita medica generale (art. 11 legge n.354 del 1975) ed al colloquio di primo ingresso (art. 23 D.P.R n. 431 del 1976). Il presidio è affidato agli esperti ex art. 80 (legge 354 del 1975), specializzati in psicologia o criminologia clinica e consiste in un colloquio diretto ad accertare, sulla base di determinati parametri, il rischio che il soggetto possa compiere gesti violenti diretti verso di sè.

Il Servizio è stato poi ulteriormente specificato nella circolare n. 3245/5695; nonostante quest'attenzione "normativa", però, su circa 200 carceri in Italia sono stati istituiti solo 15 servizi nuovi giunti.

I suicidi nelle carceri italiane[14]

Nelle carceri italiane, il numero di suicidi è di 17 volte maggiore rispetto ai suicidi tra la popolazione libera.
I fattori che, secondo le recenti ricerche, sembrano ricorrere nel verificarsi di gesti autolesivi in carcere sono:

- la *condizione di affollamento* degli Istituti di Pena: la percentuale di suicidio nelle *carceri affollate* è del 92.1% contro un 87.5% negli istituti di pena non affollati;
- lo *stato giuridico* dei detenuti: coloro che sono in attesa di giudizio registrano un tasso di suicidio quasi doppio rispetto a coloro che hanno una condanna definitiva. La tendenza al suicidio non sembra quindi legata alla riduzione della libertà e della speranza, bensì all'incertezza sulla propria condizione.
- *la fascia d'età*: quella maggiormente colpita è compresa tra i 18 e i 24 anni, in cui ci si uccide quasi 50 volte di più rispetto alla popolazione non reclusa. Questo può essere in parte spiegabile con la coincidenza tra la giovane età e l'estraneità alla vita carceraria. I detenuti più giovani entrano in carcere, spesso, per la prima volta e si trovano disorientati di fronte alle regole, gerarchie e stili di vita propri dell' Istituzione carceraria; spesso, inoltre, il reato commesso è relativamente lieve e si ha quindi difficoltà a riconoscere una giusta proporzione tra la gravità della colpa e la condanna inflitta.
- il *periodo di permanenza*: i dati rilevati mostrano che il 63% dei suicidi si verifica nel primo e nel primissimo periodo di reclusione e il 17,2 % durante la prima settimana di permanenza. I primi mesi di detenzione rappresentano, infatti, quelli in cui la persona che entra in carcere è maggiormente esposta a dei "fattori di crisi" che possono indurla a togliersi la vita.
- la *modalità utilizzata*: le modalità più frequenti con cui i detenuti scelgono di togliersi la vita sono la morte per impiccagione o per asfissia (in questo caso si usano sacchetti di plastica) e la morte per inalazione di gas, utilizzando le bombolette dei fornellini da campeggio, con cui i detenuti possono cucinare in cella.
- la *nazionalità*: i detenuti stranieri sembrano mostrare una maggiore capacità di adattamento o di accettazione del sistema carcerario; la propensione al suicidio è più marcata fra i detenuti italiani.

Si può quindi tracciare un profilo ricorrente del detenuto che sceglie il suicidio come soluzione: **giovane o relativamente giovane, in attesa di giudizio o, se con sentenza definitiva, che si trova in carcere da poco tempo, spesso meno di sei mesi.**

Un dato particolarmente critico riguarda quelli che vengono definiti "suicidi annunciati", suicidi di reclusi che versavano in condizioni tali da far pensare, ragionevolmente, a tentativi di autolesionismo. Sono quei casi in cui il detenuto ha già annunciato, in qualche modo, la sua idea di togliersi la vita o ha messo in atto diversi tentativi per farlo, casi in cui le situazioni di disagio psichico e di depressione sono evidenti (il 17.4% del totale).

[14]A.Boraschi, 2° Rapporto sui suicidi nelle carceri romane e italiane (riproduzione autorizzata)

Suicidi e autolesionismo nelle Carceri Venete

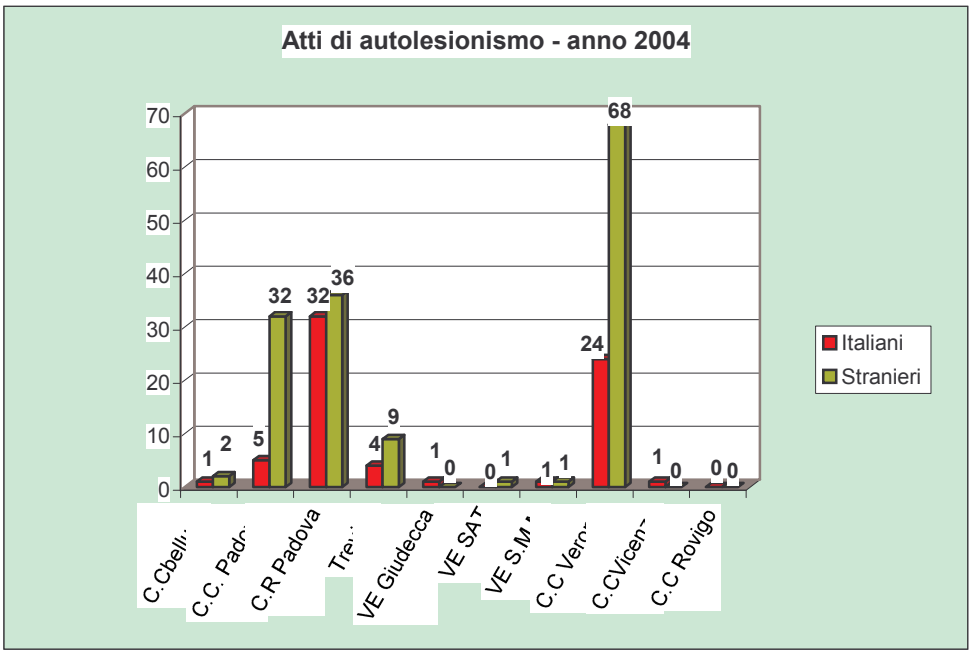
Le tabelle sottostanti riassumono, divisi per semestri, gli eventi critici che sono stati registrati nei singoli Istituti Penitenziari del Veneto durante l'anno 2004 e 2005[15].

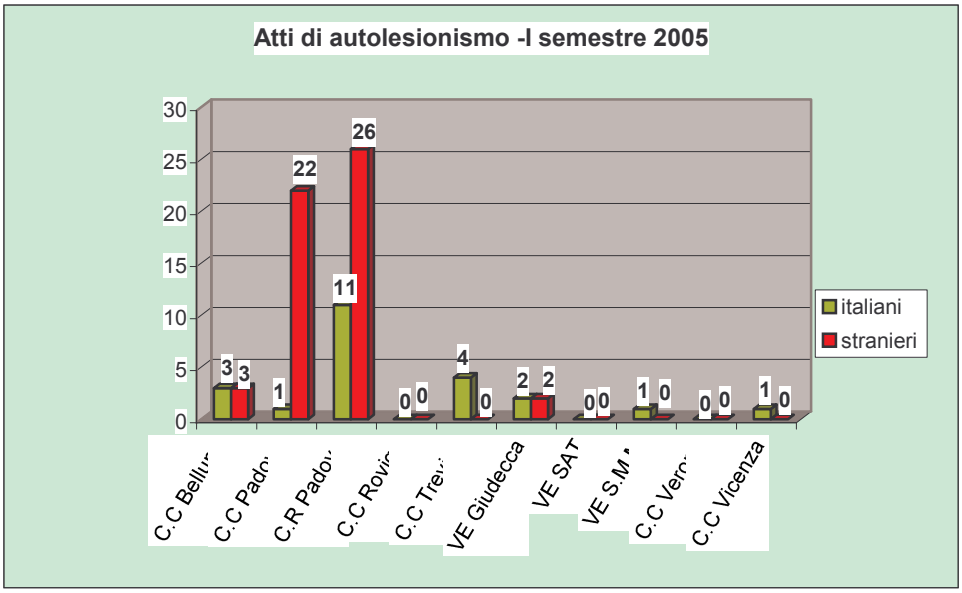
I Semestre 2004							
	AUTOLESIONISMO		TENTATI SUICIDI		SUICIDI		TOT EVENTI CRITICI
	Ita	Stran.	Ita	Stran.	Ita	Stran.	
C.C BELLUNO	1	2	0	0	0	0	**3**
C.C PADOVA	2	11	0	1	0	0	**14**
C.R PADOVA	14	11	1	0	0	0	**26**
C.C. ROVIGO	0	0	1	0	0	0	**1**
C.C TREVISO	3	3	0	0	0	0	**6**
C.C VENEZIA SMM	1	1	2	2	0	0	**6**
C.R.F VENEZIA	0	0	0	0	0	0	**0**
C.C VENEZIA-GIUD	0	1	0	0	0	0	**1**
C.C VERONA MONT	22	41	0	0	0	0	**63**
C.C VICENZA	1	0	3	0	0	0	**4**
Totale	**44**	**70**	**7**	**3**	**0**	**0**	**124**

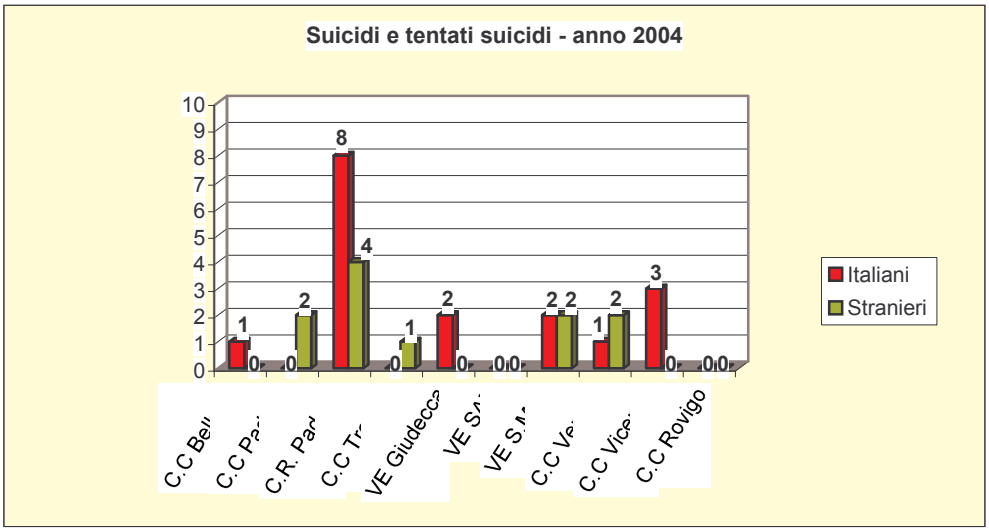
[15] Fonte: Provveditorato Regionale per il Veneto

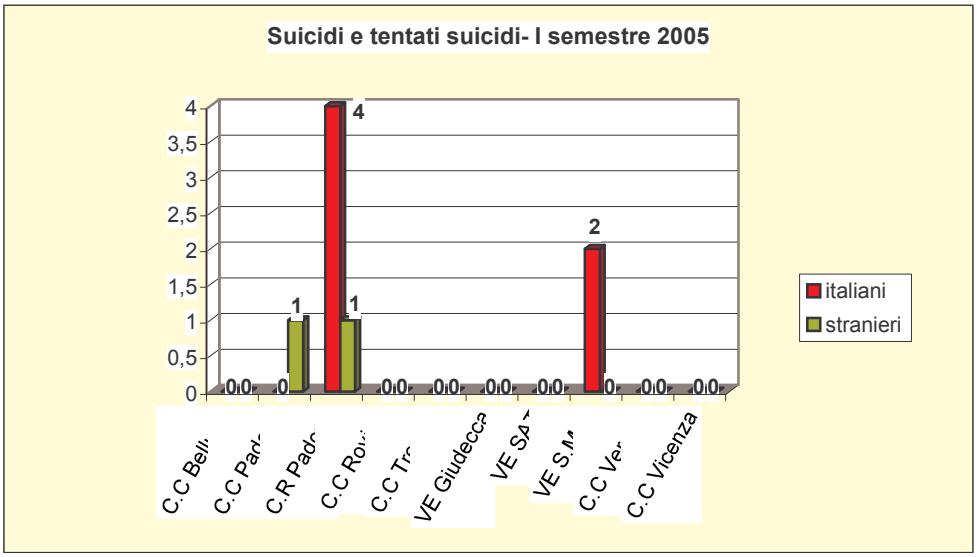
II Semestre 2004							
	AUTOLESIONISMO		TENTATI SUICIDI		SUICIDI		TOT EVENTI CRITICI
	Ita	Stran.	Ita	Stran.	Ita	Stran.	
C.C BELLUNO	0	0	0	0	1	0	**1**
C.C PADOVA	3	21	0	1	0	0	**25**
C.R PADOVA	18	25	6	4	1	0	**54**
C.C. ROVIGO	0	0	0	0	0	0	**0**
C.C TREVISO	1	6	0	1	0	0	**8**
C.C VENEZIA SMM	0	0	0	0	0	0	**0**
C.R.F VENEZIA	1	0	2	0	0	0	**3**
C.C VENEZIA-GIUD	0	0	0	0	0	0	**0**
C.C VERONA MONT	2	27	1	2	0	0	**32**
C.C VICENZA	0	0	0	0	0	0	**0**
Totale	**25**	**54**	**9**	**33**	**2**	**0**	**123**

I Semestre 2005							
	AUTOLESIONISMO		TENTATI SUICIDI		SUICIDI		TOT EVENTI CRITICI
	Ita	Stran.	Ita	Stran.	Ita	Stran.	
C.C BELLUNO	3	2	0	0	0	0	**5**
C.C PADOVA	1	22	0	1	0	0	**24**
C.R PADOVA	11	26	2	0	2	1	**42**
C.C. ROVIGO	0	0	0	0	0	0	**0**
C.C TREVISO	4	0	0	0	0	0	**4**
C.C VENEZIA SMM	1	0	1	0	1	0	**3**
C.R.F VENEZIA	2	2	0	0	0	0	**4**
C.C VENEZIA-GIUD	0	0	0	0	0	0	**0**
C.C VERONA MONT	0	0	0	0	0	0	**0**
C.C VICENZA	1	0	0	0	0	0	**1**
Totale	**23**	**52**	**3**	**1**	**3**	**1**	**83**


Atti di autolesionismo - anno 2004
70
60
50
40
30
20
10
0
1
2
5
32
32
36
4
9
1
0
0
1
1
1
24
68
1
0
0
0
Italiani
Stranieri
C.Cbell..
C.C. Padr..
C.R Padova
Tre..
VE Giudecca
VE SAT
VE S.M.
C.C Ver..
C.CVicen..
C.C Rovigo


Atti di autolesionismo -I semestre 2005
30
25
20
15
10
5
0
3
3
1
22
11
26
0
0
4
0
2
2
0
0
1
0
0
0
1
0
italiani
stranieri
C.C Bellu..
C.C Pado..
C.R Pado..
C.C Rovi..
C.C Tre..
VE Giudecca
VE SAT
VE S.M.
C.C Ver..
C.C Vicenza


Suicidi e tentati suicidi - anno 2004
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
1
0
0
2
8
4
0
1
2
0
0
0
2
2
1
2
3
0
0
0
Italiani
Stranieri
C.C Bell
C.C Pa
C.R. Pad
C.C Tr
VE Giudecca
VE S
VE S.M
C.C Ve
C.C Vice
C.C Rovigo


Suicidi e tentati suicidi- I semestre 2005
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
0
0
0
1
4
1
0
0
0
0
0
2
0
0
0
italiani
stranieri
C.C Bell
C.C Pad
C.R Pado
C.C Ro
C.C Tr
VE Giudecca
VE SA
VE S.M
C.C Ve
C.C Vicenza

Per quanto riguarda gli eventi critici, è importante considerare non tanto il numero assoluto degli eventi accaduti nei singoli Istituti Penitenziari, quanto il rapporto tra la popolazione ristretta e gli eventi stessi, per identificarne il tasso di incidenza (come riportato nella tabella seguente) all'interno della popolazione.

	EVENTI CRITICI ANNO 2004			TASSO EVENTI CRITICI (n°/presenze)
	I semestre	II semestre	Totale	
C.C BELLUNO	3	1	**4**	4/103 **0.04**
C.C PADOVA	14	25	**39**	39/238 **0.16**
C.R PADOVA	26	54	**80**	80/713 **0.11**
C.C. ROVIGO	1	0	**1**	1/90 **0.01**
C.C TREVISO	6	8	**14**	14/258 **0.054**
C.C VENEZIA SMM	6	0	**6**	6/178 **0.033**
C.R.F VENEZIA	0	3	**3**	3/80 **0.037**
C.C VENEZIA-GIUD	1	0	**1**	1/29 **0.034**
C.C VERONA MONT	63	32	**95**	95/736 **0.13**
C.C VICENZA	4	0	**4**	4/282 **0.014**
Totale	**124**	**123**	**247**	247/ 2707 **0.091**

Sulla base dei dati inerenti il totale degli eventi critici intercorsi nell'anno 2004, possiamo ricostruire due rank riferiti alle Carceri venete, uno che ordina gli Istituti secondo il maggior numero di eventi rilevati (considerandone il valore assoluto) e uno in base al tasso di incidenza degli stessi.
Come evidenziato nelle tabelle sottostanti, in entrambi i casi si può osservare un maggiore interessamento delle Case Circondariali di Padova, Verona e Treviso e della Casa di Reclusione di Padova.

	Totale eventi critici Anno 2004
C.C VERONA	95
C.R PADOVA	80
C.C PADOVA	39
C.C. TREVISO	14
C.C VENEZIA SMM	6
C.C BELLUNO	4
C.C VICENZA	4
C.R.F VENEZIA	3
C.C VENEZIA-GIUD	1
C.C ROVIGO	1

	Tasso eventi critici Anno 2004
C.C PADOVA	16%
C.C VERONA	13%
C.R PADOVA	11%
C.C TREVISO	5,4%
C.C BELLUNO	4%
C.R.F VENEZIA	3,7%
C.C VENEZIA-GIUD	3,4%
C.C VENEZIA SMM	3,3%
C.C VICENZA	1,4%
C.C ROVIGO	1%

Allo scopo di identificare i fattori potenzialmente correlati con il maggior tasso di eventi critici rilevati negli istituti di Pena, abbiamo confrontato questo dato con il tasso di sovraffollamento degli Istituti stessi (dato dal rapporto fra il numero di soggetti presenti in carcere e la capienza tollerabile di persone ristrette all'interno di quella struttura), nell'ipotesi che vi fosse una relazione fra i due.
Se quest'ipotesi fosse percorribile, dovremmo aspettarci che gli Istituti interessati da un maggiore tasso di sovraffollamento siano anche quelli in cui si registra un maggiore tasso di eventi critici, e viceversa. Questa correlazione si rivela possibile per la Casa Circondariale di Padova, al primo posto sia per tasso di sovraffollamento sia per tasso di eventi critici rilevati, e, debolmente, per la Casa Circondariale di Treviso, rispettivamente al terzo posto in graduatoria per sovraffollamento e al quarto per tasso di eventi critici (vedi tabella seguente).

	Tasso di sovraffolamento (presenze/capienza) Anno 2004	Tasso di eventi critici (N° eventi critici/pres) Anno 2004
C.C PADOVA	243%	16%
C.C VICENZA	207%	1.4%
C.C TREVISO	202%	5.4%
C.R PADOVA	160%	11%
C.C VENEZIA SMM	160%	3.3%
C.C. ROVIGO	136%	1%
C.C VERONA MONT	131%	13%
C.C BELLUNO	118%	4%
C.C VENEZIA-GIUD	76%	3.4%
C.R.F VENEZIA	72%	3.7%

Occorre però osservare tre dati che disconfermano l'ipotesi considerata:

- La **C.C di Vicenza**, pur accusando un tasso di sovraffollamento del 207%, con 282 presenze a fronte di 136 posti regolamentari (seconda solo alla C.C. di Padova), registra un tasso di eventi critici estremamente basso rispetto agli altri Istituti, il 1.4%, collocandosi penultima nel rispettivo rank.
- Al contrario, la **C.C di Verona**, in cui si registra un tasso di eventi critici del 13% (seconda in graduatoria rispetto al tasso e prima considerando il numero assoluto di eventi verificatisi, pari a 95), è fra le meno interessate al fenomeno del sovraffollamento: il 131%, dietro anche a Rovigo, in cui si registra il tasso più basso di eventi critici , "solo" l'1%.
- Un'ultima osservazione emerge dal confronto fra la **C.R. di Padova** e la C.C di Venezia SMM: entrambe registrano un tasso di sovraffollamento del 160%, ma la differenza fra i tassi di eventi critici rilevati nei due Istituti è piuttosto elevata; il carcere padovano, infatti, presenta un tasso di eventi critici del 11%, secondo in graduatoria se ne consideriamo il valore assoluto, pari a 80; il carcere veneziano, invece, con un tasso di eventi del 3,3% è fra gli ultimi del suddetto rank regionale.

Le stesse considerazioni possono essere formulate osservando i dati relativi al I semestre 2005 (vedi tabelle successive).

In questo primo periodo dell'anno in corso si registrino alcuni cambiamenti nel rank riferito al tasso di sovraffollamento delle carceri: la C.C Venezia SMM e la C.C Rovigo hanno superato, più delle altre, la soglia dell'anno precedente, mentre C.C Vicenza è l'unica ad aver significativamente ridotto il rapporto fra presenze e capienza. Nonostante ciò, non è comunque possibile individuare una corrispondenza diretta fra tasso di sovraffollamento e tasso di eventi critici: la C.C di Vicenza continua a far registrare un basso tasso di eventi critici intercorsi, a fronte di una situazione di sovraffollamento fra le più gravose; la C.R. di Padova e la C.C di Belluno, al contrario, sebbene non siano fra le più interessate dal sovraffollamento, registrano un tasso di eventi critici, rispettivamente, del 6% e del 5% rispetto alle presenze, collocandosi al secondo e terzo posto del rank complessivo[16].

[16] Per il I semestre 2005, i dati relativi agli eventi critici registrati dalla C.C di Verona Montorio non sono completi e dunque attendibili.

	eventi critici I semestre 2005	Tasso eventi critici I semestre 2005 (n°/presenze)
C.C PADOVA	**24**	24/247 = **0.1**
C.R PADOVA	**42**	42/733 = **0.06**
C.C BELLUNO	**5**	5/102 = **0.05**
C.R.F VENEZIA	**4**	4/108 = **0.04**
C.C TREVISO	**4**	4/262 = **0.02**
C.C VENEZIA SMM	**3**	3/209 = **0.01**
C.C. ROVIGO	**0**	0/108 = **0**
C.C VICENZA	**1**	1/269 = **0.004**
C.C VENEZIA-GIUD	**0**	0/36 = **0**
C.C VERONA MONT	**0**	0/784 = **0**
Totale	**83**	83/ 2858 = **0.03**

	Tasso di sovraffolamento (presenze/capienza) I semestre 2005	Tasso eventi critici I semestre 2005
C.C PADOVA	252%	10%
C.C TREVISO	205%	2%
C.C VICENZA	198%	0.4%
C.C VENEZIA SMM	188%	1%
C.R PADOVA	164%	6%
C.C. ROVIGO	164%	0%
C.C VERONA MONT	139%	0%
C.C BELLUNO	117%	5%
C.R.F VENEZIA	97%	4%
C.C VENEZIA-GIUD	95%	0%

Il sovraffollamento non appare dunque un fattore sufficiente a spiegare e comprendere il verificarsi di eventi critici (atti di autolesionismo, suicidi e tentati suicidi) all'interno degli Istituti di Pena. In tal senso, sarebbe interessante identificare quali siano le "buone prassi" messe in atto in quegli Istituti che, pur sovraffollati, presentano un basso tasso di eventi critici (C.C Vicenza, C.C Venezia SMM, C.C Rovigo) e i fattori che, invece, ricorrono negli Istituti in cui vi è una maggiore incidenza di questi.

- Allegato 1 -

Carta di Holdenburg 1998
Raccomandazioni Europee su Carcere e Tossicodipendenza

Carta di Holdenburg 1998 – Raccomandazioni Europee su Carcere e Tossicodipendenza[17]

La conferenza di Holdenburg su Carcere e Tossicodipendenze 1998 ha riunito 109 delegati per discutere i servizi penitenziari in materia di tossicodipendenza e per formulare raccomandazioni in tale ambito. Queste persone includevano dirigenti delle amministrazioni penitenziarie, medici penitenziari, operatori e personale appartenente ad organizzazioni non governative. Essi provenivano da dodici stati membri dell' Unione Europea e altri tre Paesi.
Le Raccomandazioni sono state redatte nell'ambito di gruppi di lavoro sui seguenti argomenti:

- Riduzione del danno in carcere
- Trattamento drug-free in carcere
- Trattamento sostitutivo in carcere
- Scambio di siringhe in carcere
- Sostegno tra pari in carcere

A. Generale

1. Il carcere dovrebbe essere considerato una parte di un "continuum" (dalla società al sistema di giustizia penale e viceversa.) tale continuum dovrebbe prevedere un processo di interventi pro-attivi, comprendenti l'accertamento, l'ammissione, il trattamento, la prevenzione della ricaduta e l'assistenza successiva alla liberazione.
2. la legislazione dovrebbe appoggiare politiche e strategie finalizzate a fronteggiare l'uso di droga in carcere e dovrebbe garantire l'applicazione, in tutti gli istituti penitenziari, degli standard nazionali minimi relativi al trattamento e alla sicurezza. Inoltre dovrebbe esserci spazio per le iniziative individuali, i progetti pilota e i programmi innovativi.
3. i programmi dovrebbero essere formulati secondo le necessità individuali. I comportamenti criminali non possono essere correlati all'uso di droga. In tal caso, devono essere trattati sia l'abuso droga, sia le altre cause.
4. l'argomento della tossicodipendenza deve essere inserito nell'aggiornamento e nella formazione del personale penitenziario, compreso il personale medico.
5. devono essere offerte costanti opportunità per lo scambio di informazioni e di migliori prassi tra istituti penitenziari ed enti esterni, a tutti i livelli.
6. la salute dei detenuti è di primaria importanza, di conseguenza le opzioni terapeutiche e l'accesso ad esse devono essere adeguate e basate sugli stessi livelli qualitativi della società esterna.
7. le opzioni terapeutiche devono essere adeguate alle necessità di ogni singolo detenuto
8. dovrebbe essere introdotta una legislazione che consenta la liberazione flessibile dei detenuti, incoraggiando attivamente la partecipazione a programmi dedicati al controllo del comportamento criminale
9. i detenuti devono partecipare al trattamento in base al consenso volontario e consapevole
10. il trattamento in carcere non è un'alternativa al trattamento esterno. Essi sono complementari e necessari entrambi.
11. i direttori degli istituti penitenziari dovrebbero stabilire un dialogo costruttivo e completo con il personale al fine di garantire che ogni iniziativa a livello nazionale sia eseguito a livello

[17]fonte: D. Berto (a cura di) (2002), *Tossicodipendenze e carcere*, Edizioni Papergraf. L'allegato non è un documento ufficiale della Regione Veneto.

locale con il massimo sostegno e la piena assunzione di competenza da parte del managment degli istituti.

B. Strategie per la riduzione del danno

1. le risposte ai consumatori di droga detenuti in carcere devono tener presente che i detenuti provengono dalla comunità e torneranno nella comunità
2. politica e prassi dovrebbero, quindi, avere il fine di ridurre il danno che i consumatori di droga procurano a se stessi, ad altri detenuti, al personale penitenziario e alla collettività esterna.
3. il danno include:
   a) trasmissione di infezioni
   b) danno al singolo consumatore di droga
   c) impatto all'interno del carcere e sulla collettività esterna

4. la riduzione del danno comprende una serie di interventi che incidono sul comportamento del singolo consumatore di droga. Tali interventi dovrebbero includere la prevenzione, l'educazione e il trattamento. È necessaria una consultazione esauriente con enti esterni specializzati in materia di droga ed altri enti per garantire che i programmi penitenziari riflettano quelli disponibili nella società esterna.
5. il progetto, la pianificazione, l'attuazione e la valutazione delle strategie dei singoli individui e i gruppi pertinenti e competenti.
6. tutti coloro i quali sono direttamente coinvolti devono elaborare dei chiari protocolli operativi, con trasparenza di ruoli e di responsabilità.
7. una preparazione appropriata a livello locale deve precedere l'applicazione di strategie di riduzione del danno. Tale preparazione dovrebbe comprendere la formazione, l'educazione e la ripartizione di risorse adatte alla necessità locale.
8. servizi ed interventi dovrebbero riflettere l'ampia gamma di tipi e modalità del consumo di droga e dovrebbero offrire una risposta a modelli e tendenze d'uso mutevoli nel futuro.
9. in seguito a valutazione esauriente ed individuale, tutti i detenuti dovrebbero aver accesso ad una serie di interventi adatti alle proprie necessità e alla propria situazione specifica (correlata alla droga)
10. laddove esistono buone prassi in settori collegati, le stesse dovrebbero essere adattate per l'utilizzazione in strategie per la riduzione del danno personalmente nei confronti dei consumatori di droga in carcere.
11. è necessario riconoscere che deve esserci equilibrio tra sicurezza, controllo, prevenzione e trattamento. All'interno di tale equilibrio, sicurezza e controllo possono svolgere un ruolo positivo nelle strategie di riduzione del danno.

C. Trattamento Drug-Free

1. gli istituti penitenziari devono prevedere sezioni drug-free nei seguenti casi:
   a) trattamento di consumatori di droga disponibili al trattamento stesso
   b) esigenze di altri detenuti che vogliono essere liberi dalla pressione ad usare droghe.

   Entrambi questi tipi di sezione sono importanti e necessari. Le prospettive di successo a lungo termine del trattamento drug-free possono migliorare, nel caso in cui i detenuti che terminano il trattamento abbiano la possibilità di recarsi in una sezione drug-free

2. i programmi di trattamento drug-free dovrebbero essere di natura solistica. Dovrebbe essere prevista una combinazione di programmi complementari e opzioni di trattamento.
3. è di fondamentale importanza una stretta collaborazione tra professionisti in carcere e le organizzazioni esterne. I programmi avranno esito positivo se i gruppi della comunità locale offriranno supporto al programma penitenziario e parteciperanno alla prevenzione delle ricadute e alla continuità del trattamento dopo la liberazione dovrebbero essere sviluppati i protocolli amministrativi e il trattamento concordato.
4. i detenuti devono essere appropriatamente collocati in base al rischio che rappresentano, e i programmi dovrebbero essere forniti al livello più basso possibile di sicurezza. Comunque agli autori di reato grave non deve essere negata la possibilità di accedere a sezioni drug-free.
5. la formazione del personale è un pre-requisito importante per lo svolgimento dei programmi di trattamento. L'atteggiamento, i valori e le responsabilità del personale devono essere sviluppati al fine di facilitare il processo di trattamento. Un'applicazione efficace del trattamento drug-free richiede una visione condivisa da personale e detenuti.
6. tutti i programmi di trattamento dovrebbero essere monitorati e valutati regolarmente. Ciò contribuirebbe ad assicurare conformità alle direttive nazionali, qualora esistano.
7. a livello nazionale e locale, dovrebbero essere stabilite pubbliche relazioni in modo pro-attivo, per garantire il supporto per le sezioni drug-free.
8. l'amministrazione dovrebbe promuovere una visione globale che analizzi il cattivo uso di droga nel contesto dell'intero sistema penitenziario. È importante un approccio multidisciplinare. Dovrebbero essere coinvolte equipe multidisciplinari, con partecipazione interna ed esterna. Ciò aiuterà nella comprensione dei problemi da parte di personale e detenuti.

D. Trattamento sostitutivo

1. il trattamento sostitutivo include sia la disintossicazione , sia il mantenimento
2. il trattamento sostitutivo offre la possibilità di relazionarsi regolarmente con i detenuti, ma non costituisce l'unica soluzione ai problemi connessi alla droga
3. sebbene la sostituzione sia usata nel modo migliore comeuna componente di un programma di trattamento globaleche include il supporto psico-sociale, può in se stessas offrire ai detenuti un periodo di stabilità che può aiutarli a migliorare la salute fisica e mentale e le condizioni sociali
4. gli individui sottoposti a terapia di mantenimento nella comunità esterna devono avere la possibilità di continuare il mantenimento in carcere e coloro i quali ricevono il trattamento sostitutivo in carcere devono avere la possibilità di proseguire tale trattamento dopo la liberazione. Le decisioni relative alla continuità del trattamento devono essere stabilite in accordo con il programma di trattamento al quale il detenuto partecipa all'esterno del carcere
5. un chiaro contratto di trattamento deve essere redatto tra il detenuti e chi elabora il programma
6. è necessaria una verifica accurata, strutturata , continua, che conduca ad un piano di trattamento coesivo
7. devono essere fornite risorse umane e strutture adeguate per il trattamento sostitutivo

E. Programmi relativi allo scambio di siringhe

1. gli istituti penitenziari hanno la responsabilità di offrire ai detenuti l'accesso a misure di prevenzione delle infezioni e ad interventi in favore della salute
2. lo scambio di siringhe è un ambito delicato per le amministrazioni penitenziarie in molti paesi europei. È necessario effettuare un'indagine indipendente nelle carceri che stanno valutando l'introduzione dello scambio di siringhe per scoprire, prima dell'applicazione del programma, quanto l'uso di droga per iniezione sia diffuso all'interno del carcere
3. i programmi relativi allo scambio di siringhe possono essere parti utili ed integranti di un approccio generale alla droga e ai servizi sanitari in carcere. Dovrebbero essere previsti come parte di una serie di servizi comprendenti interventi a favore della salute, counselling, trattamento drug-free e trattamento sostitutivo
4. al fine di proteggere tutti i gruppi partecipanti alla prevenzione delle infezioni e algi interventi a fovare della salute (quali lo scambio di siringhe), devono essere chiarite le implicazioni legali prima dell'introduzione di tali misure. Devono essere chiarite in particolar modo le questioni legali riguardanti gruppi speciali, quali i minori e i detenuti sottoposti a trattamento sostitutivo. L'istituzione governativa interessata è responsabile di tali chiarimentii. I risultati di tali chiarimenti devono essere pubblicati.
5. La scelta di distribuzione, sia attraverso distributori, sia attraverso un contatto personale, dipende dalle condizioni specifiche presenti all'interno dei rispettivi ambienti penitenziari. Deve essere garantita una disponibilità continua di siringhe sterili, distribuite dal personale dell'istituto penitenziario o della comunità esterna.
6. un'efficace esecuzione di programmi relativi allo scambio di siringhe in carcere richiede l'instaurazione e il mantenimento del consenso tra il personale penitenziario e i detenuti, tra le autorità politiche e giudiziarie, i professionisti e il pubblico in genere.
7. la partecipazione a programmi relativi allo scambio di siringhe dovrebbe essere strettamente riservata, in modo tale che il partecipante non abbia da temere conseguenze negative durante la pena residua
8. i servizi di distribuzione potrebbero essere collocati in aree facilmente accessibili
9. un'efficace prevenzione delle infezioni piò essere ottenuta solamente se le misurre di prevenzione strumentali sono integrate da counselling e informazione. Dovrebbe essere inoltre prevista l'educazione obbligatoria e la formazione volontaria per detenuti e personale penitenziario a tutti i livelli di partecipazione.le seguenti questioni sono di particolare rilievo:
   b) conoscenza di base relativa al consumo di droga e ai rischi di infezione
   c) mezzi di trasmissione e prevenzione delle infezioni
   d) uso più sicuro e rapporti sessuali più sicuri
   e) pronto soccorso per emergenze connesse alla droga

F. Sostegno tra pari

10. il sostegno tra pari consiste nel processo attraverso il quale i detenuti con problemi di droga ricevono informazioni e sostegno su argomenti di interesse da parte di persone con esperienze simili alle loro. Tale processo può essere incoraggiato tramite l'addestramento di persone con queste esperienze, a fornire accurate informazioni e sostegno positivo ai loro pari.

11. il sostegno tra pari può offrire un'ampia gamma di servizi basati sulle necessità locali ed individuali (cioè riduzione del danno, autocontrollo, assistenza).
12. il sostegno e l'addestramento dei pari costituiscono strategie eficenti, economicamente valide e adatte a minimizzae il danno, in vista della promozione della salute.
13. la comunicazione, la raccolta di dati e la valutazione del contesto di un progetto dell'Unione europea sul sostegno tra pari sono indispensabili
14. per un'applicazione efficace del sostegno tra pari, devono essere chiariti i vantaggi per tutte le persone coinvolte e il personale dovrebbe essere informato e addestrato relativamente alle droghe e alle malattie infettive così come all'applicazione delle strategie di riduzione del danno.
15. le amministrazioni e le istituzioni politiche dovrebbero utilizzare persone del gruppo dei pari con esperienza nel settore penitenziario, per la formazione del personale penitenziario. Inoltre, è indispensabile la cooperazione con i progetti esterni
16. la formazione sia del personale penitenziario, sia dei leader dei pari, dovrebbe essere garantita, finanziata e dovrebbe esserne riconosciuta la validità
17. i professionisti e l'opinione pubblica dovrebbero essere informati circa l'efficienza delle misure di sostegno tra pari e l'importanza di un mutato atteggiamento e comportamento nei confronti delle droghe.
18. l'introduzione del sostegno tra pari richiede un processo ininterrotto, a lungo termine, di educazione formazione e cambiamento degli atteggiamenti del personale e dei pari stessi. L'uso del sostegno dei pari è espressione della necessità di cambiamento negli atteggiamenti politici nei confronti delle doroghe.
19. l'esperienza di alcuni istituti penitenziari mostra l'utilità del sostegno tra pari nella prevenzione dei suicidi; per esempio, nei programmi Listener. Questa esperienza si è sviluppata in un ristretto numero di istituti penitenziari, in progetti per il sostegno a che fa abuso di droga, che si stanno ostrando molto validi, ma che richiedono l'accordo di personale e detenuti al fine di assicurare che tali progetti sano pienamente sostenuti.

- Allegato 2 -

Carta Etica sul Carcere

Carta Etica sul Carcere[18]

Il testo che viene di seguito presentato non è un testo giuridico, né ufficiale, ma nasce dalla mancanza di un discorso etico, dalla possibilità di discutere temi e problemi fondamentali dell'agire umano.
Nel carcere molte norme sono imposte e vanno rispettate e molti diritti vengono formalmente riconosciuti, si sente però la mancanza di riflessione sulle motivazioni morali che devono indurre al rispetto delle norme e alla attuazione dei diritti.
Questa carta nasce da, e si rivolge a tutti coloro che sono coinvolti nella realtà detentiva.

1. *Il tempo è un nostro possesso, prezioso e incerto. Nonostante le dolorose restrizioni che la durata della pena e la situazione di custodia impongono, una certa parte del suo uso dipende ancora da noi. E' vero questo? Come vivere pienamente qui e ora il tempo che ci è dato? Come cogliere le opportunità che si offrono?*

2. *Vivere è cambiare, possibilmente in meglio. Probabilmente il cambiamento non avviene se alla consapevolezza della giustizia violata, del torto inflitto, non si accompagna la scoperta della possibilità di una nuova relazione con gli altri, compreso chi ha subito il torto. Si può condividere quest'affermazione? Come, quando, con chi si può instaurare questo nuovo rapporto?*

3. *Si può suggerire come un buon principio, quello che la giustizia sia resa, il diritto sia rispettato, il dovuto sia dato senza che venga meno quella spontaneità che fa dell'atto dovuto un atto pienamente umano. E' vero questo? In quali situazioni questo si può verificare, nella situazione detentiva?*

4. *A fondamento di qualsiasi processo di autoeducazione e di formazione sta la persuasione che la bellezza, esterna e interiore, la conoscenza, la scoperta della legge e la stessa autodisciplina costituiscono un bisogno profondo della persona, piuttosto che un' imposizione. Si può essere d'accordo su quest'asserto? Che cosa può risvegliare, appunto, questo bisogno? Che cosa può mettere in moto e accompagnare un processo di auto-coltivazione? Come criticare i "falsi assoluti morali"? Come sconfiggere simulazione, ipocrisia, conformismo?*

5. *Un principio, molto semplice e probabilmente universale, per regolare i rapporti è: "Fa' agli altri quello che desidereresti fosse fatto a te", e il suo corrispondente negativo. Questo principio tanto più si arricchisce di contenuto quanto più profondo è il contatto con il proprio bisogno, il proprio desiderio, il proprio corpo: solo così è possibile correlarsi al bisogno dell'altro. Che cosa può frapporsi ad ostacolare questo contatto, questa correlazione? Che cosa è una "giusta distanza" fra le persone?*

---

[18] fonte: Fondazione Lanza (a cura di) - Gruppo Operatori Carcerari Volontari. L'Allegato non è un documento ufficiale della Regione Veneto.

6. *La conoscenza è un potente mezzo di liberazione e di crescita: istruzione, studio, lettura, cultura... Quale conoscenza? Con quali strumenti? Quali possibilità sono offerte dal carcere, a tutti coloro che ci vivono? Come si accolgono le varie proposte educative e culturali? Qual è il livello della biblioteca?*

7. *Le religioni sono, storicamente, e anche attualmente, una significativa componente delle culture umane. Si suggerisce di considerare la religiosità (nelle varie sue forme e tradizioni) come un elemento importante, non tuttavia indispensabile; mentre è imprescindibile una maturità spirituale e morale. E' corretto? Quale atteggiamento viene proposto e perseguito durante la reclusione?*

8. *Il carcere, molto più di altri ambienti, è un luogo in cui sono presenti molte culture. A di là delle difficoltà di comunicazione, si tratta di cogliere questa pluralità come una ricchezza e un'occasione di scambio. Come conoscere, come far convivere le culture e le tradizioni, nonostante gli antagonismi che spesso esistono fra di esse?*

9. *Della compiutezza armonica della persona, della sua dignità, fa parte, secondo molto culture, la capacità di silenzio, di contemplazione, di meditazione. Si condivide questo bisogno? Quale spazio può esservi dedicato nel contesto detentivo? Di quanto silenzio vi si può disporre?*

10. *Anche l'attività, il lavoro fanno parte di questa compiutezza. Occorre distinguere tra attività e lavoro? Quali opportunità di lavoro si presentano? Quale parte ha il lavoro, nella vita detentiva, quale significato?*

11. *La cura del proprio corpo, l'esercizio fisico, il mantenersi in salute, il gioco, l'attenzione al vestire, al cibo sono espressione di stima di se stessi e manifestano il proprio senso di dignità. Come favorire tutto questo nel giusto equilibrio?*

12. *La vita degli affetti interviene in profondità nell'essere, nel pensare e nell'agire umano. La saggezza del vivere è scoperta sia nella relazione con un essere umano d'altro sesso, sia attraverso altre variegate e profonde relazioni. E' vero questo? Le restrizioni della libertà sono evidentemente un ostacolo alla piena esplicazione di questi rapporti, che cosa si può fare per favorirne lo sviluppo?*

13. *La famiglia d'origine, insieme con il luogo e la cultura d'origine, rappresenta un legame imprescindibile, che va recuperato e coltivato, anche se spesso si tratta di un rapporto difficile e conflittuale. Vero? In che direzione occorre lavorare in tema di legami originari?*

- Allegato 3 -

Linee guida sull'HIV/AIDS e le epatiti in carcere

Linee guida sull'HIV/AIDS e le epatiti in carcere (1999)[19]

Studiosi, operatori e rappresentanti di istituzioni di quindici paesi europei, della Commissione Europea e dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, coordinati da M.Rotily, C. Weilandt e E. Iandolo, hanno prodotto il testo di seguito riportato.

A. raccomandazioni generali

La prevenzione dell'HIV e dell'epatite in carcere deve essere considerata una questione sanitaria di primaria e globale importanza. In un momento in cui il consumo di droga è in crescita in svariati contesti di degrado sociale, la popolazione carceraria negli ultimi vent'anni è aumentata in maniera drammatica.

I detenuti devono essere considerati cittadini a pieno titolo e, quindi, devono usufruire, su basi volontarie, delle stesse cure sanitarie e preventive messe a disposizione dalle comunità locali di appartenenza.

Le cure somministrate dentro e fuori il carcere devono essere equivalenti. L'esperienza europea insegna che questo obiettivo può essere conseguito nel miglior modo quando la responsabilità per la tutela dei detenuti fa capo al Ministero della Sanità.

Ai detenuti che entrano ed escono dal carcere deve essere assicurata una continuità di cura, attivando una collaborazione tra il carcere e le agenzie esterne. Le carceri devono essere considerate parte integrante della società, in diretto collegamento con gli altri sistemi sociali. Le cure sanitarie somministrate in carcere devono essere strettamente connesse al sistema sanitario della comunità al fine di:

- assicurare all'interno del carcere le necessarie misure preventive
- fornire una continuità di trattamento per detenuti ed ex detenuti

B. Educazione sanitaria e informazione dei detenuti

Quando entrano in carcere, i detenuti devono essere informati circa la natura della trasmissione delle infezioni da virus per via sessuale o sanguigna, e devono essere messi al corrente dei metodi e delle precauzioni utili a prevenire la diffusione.

I detenuti ricoverati in ospedale devono ricevere dal personale sanitario risposte adeguate circa la loro situazione. Informazioni sulla consulenza, i test virali e sulle terapie immunizzanti devono essere fornite in questo momento.

C. Test HIV volontario e prevenzione

Tutti i detenuti, per tutta la durata della pena, devono avere la possibilità di effettuare, in forma riservata e gratuita, i test HIV. Prima e dopo i test i detenuti devono poter contare su un'apposita terapia psicologica di supporto. Questo tipo di sostegno è importante anche nel caso in cui i risultati dei testi fossero negativi.

I risultati dei test HIV devono essere consegnati ai detenuti in forma riservata, da personale sanitario esperto, a prescindere dal loro esito. Senza il consenso scritto del detenuto, il personale sanitario non deve informare le autorità amministrative.

[19] fonte: E. Jandolo, M. Rotitly, D. Foà (1999), Linee guida per l'Europa, *Vivereoggi*, A. 13, n.9; p. 42-45. L'Allegato non è un documento ufficiale della Regione Veneto.

Le cure mediche devono essere erogate con gli stessi standard utilizzati fuori dal carcere. La segregazione o la discriminazione delle persone affette da HIV o da epatite non può essere in alcun modo considerata accettabile.
Personale sanitario esperto deve fornire con regolarità ai detenuti (inclusi coloro che non parlano le rispettive lingue nazionali) e al personale carcerario le informazioni basilari sull'HIV.

D. Riduzione del danno connessa alla tossicodipendenza
All'interno del carcere ci saranno sempre pazienti tossicodipendenti. Per questo motivo, è necessario dare la possibilità di praticare iniezioni endovenose in maniera igienica e sicura.
Alcuni progetti pilota europei hanno dimostrato chiaramente la fattibilità e l'efficacia dei programmi di scambio di siringhe in carcere. Devono essere elaborati programmi su scala nazionale per promuovere analoghi progetti pilota, su base volontaria, in carcere.
Per alcuni pazienti, il carcere è un'occasione per mettere sotto controllo la loro tossicodipendenza.

Dentro il carcere è quindi necessario fornire:
a) le cure necessarie per quei tossicodipendenti che desiderano ridurre la loro dipendenza;
b) la possibilità, ai detenuti che sono riusciti a smettere e desiderano continuare una vita liberi dalla droga, di effettuare dei test antidroga;
c) un'adeguata assistenza ai detenuti che vogliono essere liberi da qualsiasi condizionamento o pressione verso la tossicodipendenza.

I programmi di disintossicazione devono avere una natura olistica. Deve essere fornita un'equilibrata combinazione di programmi e opzioni terapeutiche. Per ogni gruppo 0 sottogruppo di detenuti occorre elaborare approcci differenti. Per i tossicodipendenti che rifiutano di curarsi bisogna predisporre una strategia di riduzione del danno. Dal momento che possono fornire un valido aiuto ai tossicodipendenti, i programmi di disintossicazione devono essere valutati con attenzione.

Può essere utile premiare chi è riuscito a disintossicarsi erogando, per esempio, permessi o visite, oppure alleviamenti della pena. Si tratta, comunque, di misure che debbono essere valutate con cura prima di diventare operative.

I test obbligatori antidroga, si sono rivelati inutili dentro e fuori il carcere, dal punto di vista medico e da quello economico, e non devono essere parte di una politica sulle tossicodipendenze.

Dentro e fuori il carcere, occorre promuovere la cura e la terapia di disintossicazione per i tossicodipendenti che desiderano smettere di drogarsi. Per raggiungere questo obiettivo possono essere condotti studi che stabiliscano la priorità dei metodi e dei programmi più efficaci.

Anche se la somministrazione di metadone e buprenorfina sono stati di aiuto per molti consumatori di oppio, occorre valutare l'efficacia di questi trattamenti con una metodologia appropriata. Le cure sostitutive comprendono la disintossicazione e il mantenimento. Le cure sostitutive danno la possibilità di discutere regolarmente con il detenuto i problemi legati alla salute e alla

tossicodipendenza, ma da sole non costituiscono una soluzione completa ai problemi collegati all'uso di droga.

E. La distribuzione di preservativi
Come dimostra l'esperienza di alcuni paesi europei, occorre promuovere la distribuzione di preservativi e lubrificanti. Gli studi dell'European Network per la prevenzione dell'HIV e dell'epatite hanno dimostrato che in carcere hanno luogo rapporti orno e etero sessuali e, per questo motivo, è necessario mettere a disposizione preservativi (in modo anonimo e gratuito) in tutti i penitenziari. Le esperienze condotte in numerose nazioni europee ha dimostrato l'efficacia di questa politica, nonostante i potenziali problemi legati alla sicurezza.
Nei penitenziari occorre promuovere la creazione di apposite celle in cui sono permesse visite coniugali o dove possono avere luogo rapporti sessuali in condizioni umane e sicure. Questo tipo di agevolazioni potrebbero rafforzare i legami sociali e emozionali dei detenuti con i loro partner e con le loro famiglie.

F. HIV, epatite e immigrati
L'alta percentuale di immigrati presente nella popolazione delle carceri di molti paesi europei impone la necessità di migliorare la qualità delle informazioni specifiche fornite alle minoranze etniche e agli stranieri, tenendo presente i diversi background e le differenti lingue di appartenenza.

Gli amministratori dei penitenziari devono prendere in considerazione la necessità di avvalersi di interpreti per i servizi medici. Tutti gli sforzi nella direzione della prevenzione devono essere il più possibile adattati ai bisogni specifici delle popolazioni immigrate.

G. La sorveglianza epidemiologica
Nei penitenziari europei, a intervalli regolari, devono essere attivati validi sistemi di sorveglianza epidemiologica, integrati nel sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale. I test anonimi predisposti dall'European Network europeo per la prevenzione dell'HIV e dell'epatite, che consistono in un prelievo di saliva e nella compilazione di un questionario, possono essere un valido aiuto per monitorare la diffusione dell'HIV. È importante effettuare questi testi in penitenziari con tipologie differenti e in diverse aree geografiche, poiché si possono riscontrare rilevanti variabili.

Devono essere approntate procedure efficaci per cogliere sul nascere l'insorgenza di casi di HIV e di epatite.

H. La prevenzione e lo screening dell'epatite
A causa dell'elevata prevalenza di queste infezioni tra le persone che entrano in carcere, lo screening dell'epatite C deve essere proposta su base volontaria.

Dal momento che oggi esistono buoni vaccini per l'epatite B, l'immunizzazione contro questa malattia deve essere proposta al momento dell'ammissione in carcere dei detenuti, a prescindere dalla lunghezza della loro condanna. I detenuti devono essere informati in maniera appropriata, soprattutto per evitare ogni possibile confusione tra l'HIV e l'epatite virale.

All'interno del carcere, la stesura di un calendario delle vaccinazioni contro l'epatite B può essere accolta con condiscendenza da parte dei detenuti.

Lo screening dell'epatite C, deve essere proposto a tutti i detenuti a rischio. I detenuti che risultassero positivi devono essere curati.

I. L'educazione del personale sanitario
Il personale carcerario deve essere addestrato e aggiornato regolarmente su tutti gli aspetti collegati all'HIV, all'epatite e alla tossicodipendenza, da un punto di vista medico, psicologico e sociale, in modo da potersi sentire sicuri e di essere in grado di dare ai detenuti la guida e il supporto più appropriati.

Il personale carcerario deve essere sempre a conoscenza delle misure necessarie per evitare la trasmissione dei virus. Non è importante sapere se un detenuto è o meno sieropositivo, e occorre avere sempre un atteggiamento equanime, evitando ogni discriminazione.

I penitenziari e le agenzie esterne devono cooperare a tutti i livelli, scambiandosi ogni informazione necessaria.
Il personale carcerario deve essere vaccinato, almeno contro l'epatite B, dal momento che il rischio di contrarre questa malattia, ispezionando tasche e borse, è elevato.

Il personale carcerario ha bisogno di precise informazioni per riuscire a gestire le situazioni di emergenza. Devono essere redatti dei protocolli di pronto intervento per affrontare nuovi casi di HIV o epatite.
Il personale carcerario deve essere informato con completezza sui sistemi di prevenzione.

J. Prevenzione pre-scarcerazione e prima dei permessi
Prima di usufruire di un permesso, a un detenuto devono essere distribuiti preservativi e kit di prevenzione.
I detenuti con problemi di tossicodipendenza devono beneficiare di programmi pre-rilascio "ad hoc" e, in particolare, devono essere informati su come evitare la morte per overdose (una delle cause di decesso precoce più frequente tra i detenuti tossicodipendenti rilasciati dal carcere).
Questi programmi potrebbero essere di supporto alle cure mediche e sociali proposte all'interno del carcere. Gli istituti penitenziari devono diventare un ponte, tra il detenuto e il centro di tossicodipendenza delle comunità.

Il tema della
“Prevenzione in carcere”
sarà trattato in uno dei prossimi Bollettini

Bibliografia Ragionata

Giornali prodotti negli Istituti di Pena

Arcobaleno
Periodico dei detenuti di Viterbo
Informazioni presso GAVAC
Casa di accoglienza - Via di Santa Rita 1, 1100 Viterbo

Badu'e Carros oltre il duemila
Rivista di cultura ideata e promossa dal "Gruppo Redazione" del carcere di Nuoro
Casa Circondariale Badu'e Carros n. 1 - 08100 Nuoro

Espressioni: dal di dentro dal di fuori
A cura della Casa San Francesco di Lucca e della redazione interna della Casa Circondariale San Giorgio di Lucca
Piazza S. Francesco 19 — 55100 Lucca

Eva Fuori
Quaderno di lavoro scolastico — sezioni comuni Casa Circondariale Sant'Anna di Modena
Informazioni presso I.P.S.I.A "Fermo Corni" — via Rainusso 66 — 44100 Modena
E-mail: ipcorni@comune.modena.it

Facce e Maschere
Giornale dei/delle detenuti/e di San Vittore — prodotto dal progetto Ekotonos
Lila Milano - v.le Tibaldi 41 - 20136 Milano

Il Cammino
Bimestrale edito dagli utenti del Reparto Verde del C.P. Secondigliano (Napoli) - Sezione Girasole — Via Roma verso Scampia — 80144 Secondigliano (Napoli)

Il Due
Casa Circondariale San Vittore
P.zza Filangieri n° 2 - 20123 Milano
www.ildue.it

Il Ponte
Casa di reclusione di Massa
Supplemento a "Liberarsi della necessità del carcere" — Periodico dell'Associazione Pantagruel di Pistoia
Referente esterno: Coordinamento gruppi volontariato penitenziario di Massa
Casella Postale n. 61 — 54100 Massa

Informatutto
Foglio di informazione uso interno Casa di Reclusione Ranza
A cura del Gruppo Culturale Biblioteca Detenuti
Loc. Ciuciano Ranza 20 — 53037 San Gimignano (Siena)

Innocenti evasioni
Giornale multietnico a cura dei ragazzi dell'Istituto minorile di Treviso
Via S. Buona Nuova - Treviso

Jonathan
Periodico a cura dei ragazzi del carceretto di Lecce
Istituto Penale Minorenni — Via Monteroni 43, 73100 Lecce.

L'interlocutore
Pubblicazione della Casa Circondariale di Pavia
Torre del Gallo — Via Vigentina 85 — 27100 Pavia

La Grande Promessa
Via Forte S. Giacomo 1
Porto Azzurro (LI)

Liberamente
Appunti dei ragazzi detenuti nella sezione "Ricominciare" del carcere di Biella
Viale dei Tigli 14 — 13900 Biella

Liberarsi dalla necessità del carcere
Agenzia di Informazione dell'Associazione Pantagruel
Via Tavanti 20 — 50134 Firenze
E-mail: asspantagruel@virgilio.it

Nisida News
Il giornale dei ragazzi di Nisida.
Istituto Penale Minorile "Nisida"

Nonsolochiacchiere
Costruire dentro per edificare fuori
Rebibbia Nuovo Complesso
Circolo Giano - via R. Majetti 70
00156 Roma

Orti Oricellari 18
Istituto Penale Minorile G. P. Meucci di Firenze
Comitato di redazione: via Orti Oricellari 18 — 50123 Firenze

Pensiero Libero
Giornalino redatto a cura dei ragazzi dell'I.P.M. di Treviso
Per informazioni: Ass. Il Soffio — Via della Pace 7/A — 31040 Castagnole di Paese (TV)

Pianeta Miogni
Periodico edito dalla Casa Circondariale di Varese
Via F. Morandi 5 — Varese

Portaurea
Periodico dei detenuti di Ravenna
Casa Circondariale — Via Port'Aura 57 — 48100 Ravenna

Prospettiva Esse
Periodico di comunicazione a cura delle sezioni maschile e femminile
Casa Circondariale — Via G. Verdi 2 - Rovigo

Ragazze Fuori
Periodico della Casa a Custodia Attenuata Femminile di Empoli
Via Valdorme Pozzale, 50053 Empoli (Firenze)

Spiragli
Bimestrale dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino
Via Umberto I 42, 50056 Montelupo Fiorentino — Firenze

Strada Facendo
Istituto Penale Minorenni Bologna
Biblioteca IPM "Pietro Siciliani"
Via del Pratello 34 — 40122 Bologna

Taita
Periodico del Circolo culturale
Casa Circondariale La Dogaia
Via Montagnola 76, Maliseti — 59100 Prato

Tam Tam
Periodico culturale di formazione sociale a cura della Casa Circondariale di Enna
Via Palermo 20 — Enna

Voci di quinta
5a Sezione A.S. Casa Circondariale S. Anna di Modena
Informazioni presso I.P.S.I.A "Fermo Corni" — via Rainusso 66 — 44100 Modena
E-mail: ipcorni@comune.modena.it

Zona 508
Periodico interno della sezione femminile di Verziano
http://www.act-bs.com/zona_508.htm

Riviste che trattano il tema della sanità in carcere

Il Reo e il Folle
Ed. Polistampa Firenze
Via Santa Maria, 27/r
50125 Firenze
Modalità di abbonamento: compilazione modulo on-line
www.polistampa.com/asp/sr.asp?id=2315

Fuoriluogo
mensile dell'associazione Forum Droghe
(esce come supplemento del Manifesto)
www.fuoriluogo.it

Ristretti Orizzonti
Periodico di informazione e cultura dal Carcere Due Palazzi di Padova
Via Due Palazzi 35/a — 35136 Padova
E-mail: ornif@iol.it
http://www.ristretti.it

Articoli segnalati

HIV e infezioni correlate negli Istituti Penitenziari Italiani: note di epidemiologia e di organizzazione sanitaria,
Babudieri S., Starnini G., Brunetti B. (2005),
Ristretti Orizzonti

Siti consigliati

www.sanitapenitenziaria.it
www.ristretti.it/areestudio/salute
www.saluteincarcere.it
www.cestim.org/due-palazzi-studi
www.cesda.net
www.pol-it.org

International Journal of Prisoner Health

Questa nuova pubblicazione intende facilitare lo scambio di informazioni fra esperti, nell'ambito di differenti interpretazioni e prospettive culturali della sanità nelle carceri e della salute dei detenuti.

Editors: Dr Morag MacDonald , Centre for Research Into Quality, UCE, UK
Dr Heino Stover, Archive and Documentation Centre for Drug Literature, ARCHIDO, Germany
Editorial Information
Publication Details:
Volume 1, 2005, 4 issues per annum
ISSN Print 1744-9200 ISSN Online 1744-9219

Per informazioni, richieste e distribuzione del Bollettino:
Dott. Daniele Berto
Responsabile UF Carcere – Dipartimento Dipendenze
Azienda ULSS 16 Padova
Via dei Colli,4 - 35100 Padova
Tel. 049 8216931 - Fax 049 8216931
E-mail: oscar.ulss16@sanita.padova.it

© 2005 Osservatorio Regionale Carcere
È possibile la riproduzione citando la fonte

Stampa a cura di :
Cooperativa Sociale Città Invisibile
Via T. Aspetti, 207 – Padova
Dicembre 2005

Ci scusiamo per eventuali inesattezze ed errori di stampa.
Su segnalazione, i dati saranno aggiornati nelle successive edizioni.