

dotati di elevati standard di sicurezza che vanno dalle barriere fisiche ai controlli telematici e consentono un abbattimento di circa il 70% dei costi per il personale di piantonamento, se confrontati con le singole camere di degenza blindate che costituiscono ancora il modello più diffuso. Le articolazioni periferiche operano sempre più in sinergia con gli enti sanitari del territorio, per fare in modo che la tutela del diritto alla salute delle persone recluse sia garantito con le risorse della Regione e possibilmente all'interno degli istituti di pena del relativo territorio; ma qualora il presidio sanitario attivo nell'istituto non comprenda la risposta sanitaria adeguata, il detenuto viene ancora trasferito in altre sedi penitenziarie con più ampia organizzazione assistenziale intramuraria come quelle dotate di servizio di continuità assistenziale nelle 24 ore o di Centro Diagnostico Terapeutico - CDT.

2) E' in fase di completamento il programma di realizzazione di stanze attrezzate e di supporti per il superamento delle barriere architettoniche in ogni istituto che ne sia privo (in ogni sede una o due stanze per tipologia di sezione, distinte per uomini e donne), con il programma di promuovere la collaborazione di Regioni e A.S.L. perché sia assicurata l'assistenza ai detenuti con ridotta capacità motoria, al pari delle persone in stato di libertà.

OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

L'art. 3 *ter* della Legge 17 febbraio 2012 n. 9, e successive modifiche, nel dettare nuove disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ha imposto alle Amministrazioni coinvolte una accelerazione nelle attività da porre in essere per compiere il delicato passaggio della gestione di soggetti ai quali è applicata la misura di

sicurezza detentiva, in quanto autori di fatti costituenti “reato”, da un sistema penitenziario-sanitario ad uno esclusivamente sanitario. Le Amministrazioni coinvolte - Ministero della Giustizia, Ministero della Salute e le Regioni - stanno operando in sinergia perché le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia siano eseguite esclusivamente all’interno di strutture sanitarie residenziali indicate con l’acronimo REMS (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Quanto fin qui fatto è stato oggetto della recente Relazione che i due titolari dei dicasteri, Giustizia e Salute, hanno presentato al Parlamento. L’Amministrazione Penitenziaria ha proceduto alla riassegnazione degli internati nei territori di residenza ristabilendo il principio della territorialità e della vicinanza alla famiglia, ai luoghi di interesse affettivo, di cura e di assistenza, consentendo la possibilità di redigere i programmi terapeutico-riabilitativi individuali, favorendo ed agevolando la presa in carico da parte delle strutture sanitarie locali. L’insieme di tali attività ha determinato una progressiva e significativa diminuzione delle presenze dei soggetti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che infatti sono passati da una presenza di **1370 internati** nell’anno **2008** (presenza che ha raggiunto una punta massima di 1448 internati nel corso dell’anno 2010) all’**attuale** presenza di **879 internati**. Recentemente è stata realizzata una sezione completamente “sanitarizzata” presso l’OPG di Barcellona Pozzo di Gotto per le ricoverate donne, residenti nelle Regioni meridionali che ancora sono ospitate nell’Ospedale Psichiatrico lombardo di Castiglione delle Stiviere. Le Regioni, da parte loro, hanno fatto pervenire al Ministero della Salute, entro il termine stabilito del 15 maggio 2013, i programmi di cui al comma 6 dell’art. 3 *ter* che sono risultati rispondenti alle disposizioni normative. Per l’unica Regione che non ha ancora ottemperato è stata richiesta ed

attivata la procedura di Commissariamento (art. 3 *ter*, comma 9, della Legge 9/2012 e successive modifiche). Nell'accompagnare questo processo di superamento della concezione stessa dell'OPG sono state individuate, nell'ambito degli Istituti di Pena, sezioni dedicate alla tutela della salute mentale e al disagio detentivo a gestione sanitaria, ove approntare tutti quei presidi medico-sanitari che allevino il disagio e riescano a svolgere una azione preventiva che possa scongiurare la necessità della applicazione di una misura di sicurezza durante la detenzione. Nelle sezioni già realizzate sono assegnati, per il tempo strettamente necessario (trenta giorni) i detenuti che necessitano di osservazione psichiatrica per l'accertamento dell'infermità (art. 112 del D.P.R. 230/2000,) e a breve troveranno qui giusto ricovero i detenuti minorati psichici (art. 111 del D.P.R. 230/2000) e i detenuti cui sopravvenga l'infermità psichica nel corso della detenzione (art. 148 c.p.). L'Amministrazione Penitenziaria ha ottemperato a tutti gli obblighi posti dal legislatore e a quelli assunti negli Accordi sanciti in Conferenza Unificata, ma la complessità della procedura e la difficoltà di individuare e realizzare le nuove strutture sanitarie sostitutive non consentirà il completamento del processo nei tempi prefissati anche se buona parte del programma è già realizzato.

DETENUTI AFFETTI DA DISAGIO PSICHICO

La realizzazione di un nuovo sistema penitenziario che renderà più vivibile l'esperienza del carcere consentirà di ridurre il disagio dei detenuti che troppo spesso conduce ad azioni di autolesionismo o suicidio. In proposito, ritenendo questa Amministrazione responsabile dell'integrità e della dignità delle persone recluse, è stata ripristinata l'Unità di monitoraggio degli eventi di suicidio (UMES), che ha già operato tra il 2001 e il 2003, con il fine di verificare l'andamento dei dati statistici e

approfondire i singoli eventi di suicidio verificatisi (attraverso la conoscenza dei dati biografici di colui che si è tolto la vita e delle sue condizioni di detenzione) e di promuovere il lavoro integrato dell'intero staff che opera all'interno dell'istituto in raccordo con la Magistratura. Da sempre è stata dedicata una particolare attenzione all'organizzazione delle attività penitenziarie relative all'ingresso dei cd "nuovi giunti", nella consapevolezza che il passaggio dalla libertà al regime detentivo rappresenta un momento di particolare difficoltà per i detenuti e gli internati, soprattutto se alla prima esperienza di privazione della libertà. Il disagio della persona detenuta non coincide necessariamente con la patologia. L'ingresso e la permanenza in carcere, lo sviluppo delle vicende giudiziarie, l'allontanamento dalla famiglia o eventi a questa riconducibili possono condurre l'individuo a superare la "soglia di resistenza" alle difficoltà personali e ambientali. Gli elementi di rischio autolesivo possono risultare amplificati nei casi di soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti oppure affetti da disturbi psichiatrici. Le fasi dell'accoglienza, che si sviluppano attraverso le attività di immatricolazione, la visita medica, il colloquio con lo psicologo e il colloquio con il Direttore o un suo delegato, forniscono l'occasione per individuare gli specifici bisogni della persona e per orientare le conseguenti misure interne più appropriate, non escludendosi, nei casi più gravi, il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria. In tali momenti emerge la necessità della collaborazione tra figure professionali appartenenti a diverse amministrazioni, per delineare un approccio sinergico nei confronti del recluso e predisporre interventi di tipo collegiale nella maggior misura possibile adeguati agli specifici bisogni dell'individuo. Nell'ambito della "prevenzione cura e riabilitazione nel campo della salute mentale" di cui all'allegato A del d.p.c.m. 1.4.2008, oltre a diffondere le linee guida concordate in materia in sede di

Conferenza Unificata, sono state individuate queste azioni da compiere:

- l'attivazione di interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali;
- l'attivazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio;
- la cooperazione tra l'area sanitaria e l'area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'Amministrazione Penitenziaria si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati sia a tutela della salute della persona sia a tutela della sicurezza sociale. Tale prassi deve essere attuata già al primo ingresso, tramite il servizio nuovi giunti e perseguita per tutto il periodo di permanenza nell'istituto di pena: per tale scopo vanno definiti protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Si tratta di indicazioni rivolte all'implementazione della presa in carico del disturbo mentale in tutti gli istituti penitenziari, dall'ingresso in istituto e nel corso della detenzione. In tutti gli istituti penitenziari è prevista la presenza di uno psichiatra o di un servizio psichiatrico diversamente articolato in relazione alla tipologia dell'istituto e ai bisogni di salute della popolazione detenuta presente.

E' stata attuata un'attività di monitoraggio (informazioni raccolte dalla "Sala Situazioni", articolazione dell'Ufficio per l'attività ispettiva e del controllo del Dipartimento) delle condotte che sono manifestazione di particolare disagio quali atti di autolesionismo, tentativi di suicidio e sciopero della fame, anche al fine di individuare i detenuti che si trovano ristretti in situazioni che integrano forme di "trattamento inumano e degradante" perché non adeguate alle loro condizioni fisiche

(disabilità, obesità, cecità) e sotto la soglia di dignità. Ciò al fine di farne segnalazione al Magistrato di Sorveglianza per l'eventuale differimento dell'esecuzione della pena e altri provvedimenti opportuni.

L'Ufficio Studi del DAP è *project leader* del Progetto Europeo MEDICS - *Mentally Disturbed Inmates' Care and Support* finalizzato alla redazione di un modello operativo che coniughi aspetti sanitari e penitenziari nella gestione di detti detenuti. Insieme ai tre Paesi partner, Gran Bretagna, Croazia, Catalogna, il progetto intende raccogliere dati, informazioni e soluzioni eventualmente adottate, nella gestione dei detenuti con disagio mentale, per riportare l'analisi dei contesti internazionali su un piano nazionale e prevedere la redazione del modello operativo condiviso, volto ad attivare interventi congiunti nell'accoglienza, cura e trattamento di detti detenuti, partendo proprio da una mappatura che rilevi il numero dei detenuti con disagio mentale e d'altro lato la natura di tale disagio (disturbo, patologia, doppia diagnosi, ecc.). All'esito dell'indagine nazionale e della ricerca e scambio transnazionali, si procederà a delineare il modello trasferibile per l'accoglienza, la cura ed il trattamento riabilitativo dei detenuti con disagio mentale.

ISTRUZIONE

In attuazione del Protocollo d'intesa siglato il 23 ottobre 2012 dal Ministro della Giustizia e il M.I.U.R. che riconosce la specificità della formazione e dell'istruzione in carcere, si è avviato un piano di iniziative finalizzato a favorire l'integrazione e l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti detenuti, minori e adulti con la revisione del modello organizzativo e di formazione sia del personale docente che degli operatori penitenziari coinvolti, rendendolo flessibile, diversificato e centrato sulla persona e su percorsi formativi strettamente correlati al mondo del lavoro in un'ottica di

apprendimento e orientamento permanente. E' stato istituito il Comitato Paritetico Nazionale composto da cinque membri per ciascuno dei due Dicasteri ed è stata avviata una ricognizione della situazione esistente che consentirà, quale strumento di approfondimento, di decifrare i concreti bisogni dell'utenza e degli operatori verso i quali indirizzare la pianificazione delle future attività. In tal modo potranno emergere gli aspetti di peculiarità e le specifiche esigenze nei diversi settori, con riguardo in particolar modo all'organico dei docenti, alla formazione, all'organizzazione della didattica, al modello organizzativo, ai bisogni formativi dell'utenza, al rapporto di collaborazione tra le istituzioni coinvolte. Questa raccolta di dati diventerà periodica e sistematica. Al termine della ricognizione il Comitato si è posto l'obiettivo, anche sulla base dell'esame delle buone pratiche, della definizione di Linee guida per la definizione di percorsi educativi-formativi.

Per quanto riguarda l'istruzione universitaria è stata concordata con l'Università degli Studi di Padova una iniziativa per la redazione di linee guida che realizzino un sistema integrato nazionale di studi universitari con omogeneità di opportunità formative su tutto il territorio e al contempo favoriscano la diffusione della conoscenza del mondo penitenziario all'interno delle Università e, attraverso la riflessione del mondo accademico, alla comunità esterna. Il gruppo disciplinare maggiormente diffuso all'interno dei Poli universitari è quello politico-sociale con 27 corsi di laurea, seguito dal letterario con 21 corsi di laurea, da quello giuridico che vede attivi 18 corsi di laurea, dal gruppo agrario con 8 corsi di laurea, da quello di economico-statistico con 6 corsi di laurea, ed, infine, dai corsi di laurea afferenti ai gruppi disciplinari di ingegneria, linguistico, architettura, psicologico, informatico e matematico scientifico. In ogni caso ogni soggetto recluso in possesso dei requisiti di

legge può iscriversi ad un corso universitario, pur in assenza della presenza di un “polo universitario interno”. A completamento delle informazioni sullo specifico settore, si comunica che nell’anno scolastico 2011/2012 risultavano attivati n. 185 corsi di alfabetizzazione con n. 2663 iscritti di cui 2516 stranieri, n. 239 corsi di scuola primaria ai quali risultavano iscritti n. 3582 soggetti di cui stranieri 2755, n. 324 corsi di scuola secondaria di primo grado con n. 4962 iscritti di cui 2608 stranieri, n. 205 corsi di scuola secondaria di 2° grado ai quali risultavano iscritti 4693 soggetti di cui 1080 stranieri. Si segnala, inoltre, che in data 23 ottobre 2012 è stato sottoscritto un Protocollo d’intesa tra Ministero della Giustizia e Ministero dell’Istruzione e, in base a quanto dallo stesso disposto, è stato costituito un Comitato attuativo paritetico, previsto dall’art. 6 del citato protocollo e composto da rappresentanti dei due Dicasteri. Per quel che concerne la formazione professionale al mese di dicembre 2012 risultavano attivati e completati nel semestre n. 212 corsi professionali frequentati da n. 2340 corsisti di cui n. 996 stranieri.

ATTIVITA’ CULTURALI E RICREATIVE

Per le attività culturali, ricreative e sportive si segnalano alcune significative esperienze ormai consolidate negli anni: la promozione di iniziative volte ad integrare le biblioteche interne degli Istituti penitenziari con le biblioteche del territorio (in base a specifici accordi interistituzionali); la partecipazione, sin dall’anno 2001, al MEDFILM Festival, attraverso la proiezione di cortometraggi realizzati all’interno degli Istituti penitenziari e mediante la partecipazione dei soggetti in esecuzione di pena in qualità di “giuria interna” ai fini della proclamazione del cortometraggio vincitore, di concerto con la giuria esterna formata da studenti di cinema provenienti dai Paesi dell’area del Mediterraneo; la

promozione delle attività di natura artistico/espressiva attraverso la diffusione dei bandi di partecipazione a concorsi di poesia, scrittura, arti figurative etc.; la promozione della pratica sportiva sulla base dei protocolli d'intesa siglati con il CONI, l'AICS e con la UISP e la firma in itinere di un protocollo d'intesa con il CSI.

TOSSICODIPENDENTI

Già il T.U. 309/90 aveva affidato ai servizi sanitari territoriali esterni l'assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione. L'Amministrazione Penitenziaria aveva integrato il servizio del Ser.T. con l'istituzione di uno specifico presidio sanitario formato da un medico, uno psicologo ed un infermiere. Dall'1/1/2000 l'intera materia è transitata al Servizio Sanitario Nazionale – art.8, c.1 D.Lgs. 230/99. In data 31 luglio 2003, con l'assegnazione dei fondi alle Regioni, si è definitivamente conclusa la vicenda del transito delle risorse umane e finanziarie. Il personale, quindi, che prestava la propria attività professionale nei presidi organizzati da questa Amministrazione per coadiuvare i Ser.T. – T.U. 309/90, risulta ormai alle complete dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale. Il ricorso alla misura alternativa dell'affidamento “terapeutico” (definitivo o provvisorio) per i detenuti tossicodipendenti è ancora modesto, con ripercussioni sul problema del sovraffollamento carcerario. Scarso l'accesso ai servizi di Comunità per la scarsità dei fondi a disposizione e insufficiente la presenza dei Ser.T. responsabili della presa in carico dei detenuti alcool o tossicodipendenti e della elaborazione di un programma di trattamento che poi deve essere valutato dalla Magistratura di Sorveglianza ai fini della concessione, risorse che peraltro vanno impiegate anche per i detenuti imputati che potrebbero essere beneficiari di analoghe misure extracarcerarie nel corso del giudizio.

Così a volte la Magistratura di Sorveglianza non dispone delle relazioni sulle persone tossicodipendenti. I casi di concessione dell'affidamento terapeutico *ex art.* 94 dal 2010 ad oggi sono abbastanza costanti come si ricava dalla tabella che segue.

ANNO	DALLA LIBERTA'	DALLA DETENZIONE	TOTALE
2009	795	1362	2157
2010	962	2434	3396
2011	825	2291	3116

Al 30 settembre 2013 risultano in carico agli UEPE 3.313 affidati *ex art.* 94 T.U. stupefacenti. Di questi gli stranieri sono circa 500.

Se si tiene conto dei detenuti definitivi accertati quali tossico o alcooldipendenti (circa 8.000 su 15.000 compresi i non definitivi) le concessioni rappresentano poco più di un terzo dei potenziali beneficiari. Vi è, quindi, uno scarso ricorso a un istituto, ciò che appare sorprendente se si pensa che la legge intendeva riconoscere la specificità del tossicodipendente guardando con favore alla soluzione extracarceraria, come è dimostrato dal fatto che, rispetto all'affidamento ordinario *ex art.* 47 O.P., l'art. 94 T. U. stupefacenti prevede la concessione della misura per pene detentive fino a 6 anni.

La carenza di risorse umane e finanziarie porta a una selezione dei detenuti da prendere in carico, con esclusione quasi completa dei detenuti stranieri e spesso optando per gli italiani che hanno una pena breve da scontare.

Altro problema rilevato è l'aumento di soggetti con problematiche psichiatriche (soggetti a “doppia diagnosi”) quale causa

derivante o scatenante la tossico/alcool dipendenza, ciò che può rendere ulteriormente problematica la concessione della misura.

Per ovviare a questo stato di cose, con la collaborazione dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, del Servizio sanitario regionale, degli enti territoriali, del terzo settore, del volontariato e delle comunità terapeutiche, l'obiettivo è quello di assicurare la fruizione precoce ai detenuti tossicodipendenti del beneficio della cura in misura alternativa e creare un costante e migliore flusso di uscita che, nell'evitare il ricrearsi di situazioni di sovraffollamento delle carceri che peggiorano la qualità della vita di tutti i detenuti, nel contempo possa fornire un'alternativa terapeutica valida.

Sono perseguiti moduli di efficace collaborazione con le A.S.L. per i tossicodipendenti tratti in arresto e sono state concordate altresì linee di indirizzo con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio per rendere effettivi ed efficaci su tutto il territorio nazionale i flussi di accesso alle Comunità terapeutiche in regime di misure alternative al carcere, implementando l'informatizzazione della rilevazione delle disponibilità e snellendo la procedura di ingresso.

Non è trascurata la formazione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria perché l'acquisizione di conoscenze anche di base è uno degli elementi più importanti della politica di contrasto alle droghe anche nelle carceri.

L'adeguamento alle direttive europee, che per i condannati tossicodipendenti privilegiano l'affidamento terapeutico rispetto al ricorso alla detenzione intramuraria, deve indurre il legislatore a potenziare per queste categorie di soggetti la possibilità del ricorso a misure alternative al carcere, in specie alle comunità terapeutiche, ricorso spesso ostacolato da carenze finanziarie.

ESECUZIONE PENALE ESTERNA

Al fine di incrementare l'applicazione delle misure alternative si è provveduto a:

- rafforzare i rapporti con le Regioni, gli Enti Locali, il Terzo Settore, il Volontariato ed i rappresentanti dell'imprenditoria locale per favorire il reinserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale interna ed esterna, nonché il potenziamento del ricorso per i soggetti tossicodipendenti all'affidamento in prova terapeutico;
- una nuova organizzazione nella gestione dell'esecuzione penale esterna, rivedendone l'attuale assetto organizzativo monoprofessionale ed integrando altre professionalità che rafforzino la concreta azione di controllo e sostegno nella gestione dell'esecuzione della pena nel territorio;
- reingegnerizzare i processi organizzativi per il rilevamento dei dati statistici ed il monitoraggio delle attività degli Uffici regionali e locali di esecuzione penale esterna;
- coinvolgere l'opinione pubblica in ordine all'efficacia delle misure alternative alla detenzione sull'abbattimento della recidiva, al fine di limitare il più possibile i rischi per la collettività e per favorire da parte della Magistratura di Sorveglianza la concessione di tali misure.

Si segnala l'attività di sensibilizzazione svolta dalla competente Direzione Generale nella stipula a livello locale delle convenzioni con i Tribunali Ordinari e gli Enti Locali e/o Cooperative Sociali nel numero di 989 per favorire l'esecuzione della sanzione sostitutiva del **lavoro di pubblica utilità** per un numero di 3787 utenti. I dati sono relativi ai casi in corso al 30 novembre 2013.

Sul fronte dei Fondi Strutturali Europei si è cercato di ottenere nella programmazione 2014-2020 una linea di finanziamento dedicata al sistema dell'esecuzione penale nel suo complesso. E' stata presentata, infatti, al competente Dicastero che si occupa della formulazione dell'Accordo di partenariato per la programmazione dei fondi strutturali 2014-2020, la candidatura del Ministero della Giustizia quale Autorità di Gestione di un istituendo Programma Operativo Nazionale *ad hoc*, volto all'adeguamento dell'intero sistema Giustizia, ai parametri europei per favorire lo sviluppo del Paese, garantendo maggiore efficienza, efficacia ed economicità nella gestione del settore giudiziario e penitenziario.

Ci si propone altresì di supportare la realizzazione o il consolidamento di un forte partenariato socio-economico-istituzionale a livello locale, favorendo l'azione concertata tra tutti coloro che sul territorio si occupano della realizzazione di interventi mirati non soltanto alla lotta alla criminalità, ma anche della programmazione e progettazione di misure di contrasto all'esclusione sociale per il reinserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale. Il relativo accordo è stato selezionato quale buona prassi a livello transnazionale, rientrando tra le progettualità che il FORMEZ ha individuato nell'ambito del progetto *DIESIS Development and Innovation in Europe of a Social Inclusion System*, finanziato dal PON Governance Azioni di sistema 2007-2013, volto allo scambio di buone prassi con gli altri Paesi Membri UE.

La multi professionalità negli interventi di servizio sociale è stata perseguita in particolare attraverso il Progetto Mare Aperto ed il Progetto Master, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'attività di osservazione attraverso lo sviluppo di un metodo multiprofessionale ed il potenziamento della presenza degli esperti psicologi negli Uepe,

pervenendo ad una più approfondita valutazione del livello di rischio e di recidiva.

Il progetto “Valutazione, in fase di indagine, del livello del rischio di recidiva nei condannati richiedenti una misura di comunità”, in collaborazione a titolo gratuito con l’Università degli Studi di Sassari, è volto alla valutazione del livello di rischio di recidiva e di bisogno nei condannati che chiedono di essere ammessi a beneficiare di una misura alternativa alla detenzione o di comunità, in linea con quanto avviene ormai da tempo in molte realtà europee. Nell’ambito delle attività di ricerca comparata a livello internazionale, sin dal 2011 la Direzione Generale partecipa al partenariato per l’attuazione del Progetto - cofinanziato dalla Commissione Europea - denominato “Freedom Wings”, (*Identification and dissemination of European best practices about the restorative justice and evaluation of the role and application of the mediation and the alternative measures in the EU member states*) con l’Università degli Studi di Sassari. Tale Progetto mira all’identificazione, alla raccolta, alla promozione e alla diffusione di buone prassi a livello transnazionale in materia di programmi di giustizia riparativa, di mediazione penale e di misure alternative alla detenzione.

IL DAP E LA DIMENSIONE INTERNAZIONALE

E’ stata curata la partecipazione di rappresentanti dell’Amministrazione Penitenziaria ad eventi internazionali all’estero e, in particolare, della partecipazione del Capo Dipartimento alla 18^a CDAP (Bruxelles, 26-29 novembre 2013), della delegazione DAP al primo Congresso mondiale della Probation (8-10 ottobre 2013), e della rappresentanza italiana al *Conseil de Coopération Pénologique* (PC-CP), al Comitato Europeo dei Problemi Criminali (CDPC), organismi del

Consiglio d'Europa con competenza in materia penitenziaria e alla Confederazione Europea della Probation (CEP). E' stato curato altresì lo scambio di dati e informazioni sulla materia penitenziaria con le Amministrazioni penitenziarie straniere, nonché con Enti ed Organismi internazionali ed è stato curato il contributo del DAP alle Statistiche Penali Annuali del Consiglio d'Europa (SPACE I e SPACE II). E' stata altresì elaborata la risposta al Rapporto del CPT relativo alla visita in Italia nell'anno 2012, al rapporto del Relatore Speciale delle Nazioni Unite sui Diritti umani dei Migranti nonché la difesa del Governo italiano in relazione ai ricorsi dei detenuti innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

PIANO CARCERI

Le finalità del Piano carceri

Il piano di interventi per la realizzazione di nuove infrastrutture carcerarie, per l'adeguamento ed il potenziamento di quelle esistenti, cosiddetto "Piano carceri"¹⁶, prevede l'aumento della capacità ricettiva del sistema penitenziario nazionale attraverso l'attivazione di strutture progettate ispirandosi ad un diverso ed inedito modello di edilizia carceraria in grado di poter offrire una vivibilità maggiore, con spazi pensati in funzione della tipologia dei detenuti che dovranno ospitare, delle relative esigenze trattamentali, nonché per favorire l'attuazione di metodi e forme di vigilanza di maggiore efficienza da parte della Polizia Penitenziaria.

Attraverso tale percorso, il concetto di edilizia penitenziaria si salda indissolubilmente con le discipline esistenti e con le altre riforme di sistema, dando vita ad una strategia che opera in maniera integrata su più livelli:

- tutela della persona umana e miglioramento delle condizioni di permanenza per i ristretti;
- miglioramento delle condizioni di lavoro presso le strutture carcerarie;
- valorizzazione del patrimonio immobiliare carcerario;
- ammodernamento generale delle infrastrutture e incremento dell'utilizzo di nuove tecnologie per rendere più efficiente il sistema.

In sintesi, un modello tecnicamente e funzionalmente adatto a favorire la rieducazione del detenuto, supportato nel percorso di riabilitazione ed assistito in tutte le fasi della detenzione, che consente di poter migliorare la qualità degli spazi allo stesso destinati e la gestione

¹⁶ Previsto dall'art. 1 comma 2 dell'Ordinanza Presidenza del Consiglio dei Ministri 3861 del 19/3/2010.