



HUMAN RIGHTS
ISRAEL

PHYSICIANS FOR
HUMAN RIGHTS

רופאים אטבא
לחוקו אלנסאן



ANTIGONE

PER I DIRITTI E LE GARANZIE NEL SISTEMA PENALE

LINEE GUIDA INTERNAZIONALI SULLE
**ALTERNATIVE
ALL'ISOLAMENTO
PENITENZIARIO**

MAGGIO 2023

Preambolo¹

L'impatto psicologico, fisico e sociale che l'isolamento² ha sulle persone detenute (e in particolar modo sulle persone in condizioni di vulnerabilità³) è devastante. Sebbene le Regole minime delle Nazioni Unite per il trattamento dei detenuti (c.d. Mandela Rules) vietino già l'uso dell'isolamento per un periodo superiore ai quindici giorni e lo vietino del tutto nei confronti delle persone vulnerabili⁴, questa pratica dovrebbe essere abolita in ogni forma, alla luce dei suoi effetti devastanti.

A causa dell'attuale mancanza di alternative per affrontare le sfide che interessano i sistemi penitenziari a livello globale, le persone detenute, comprese quelle appartenenti a gruppi svantaggiati⁵, e le popolazioni vulnerabili, continuano ad essere

¹ Il *Documento di Contesto: Alternative all'Isolamento Penitenziario*, che accompagna queste Linee Guida analizzando ulteriormente ciascuna delle raccomandazioni, è disponibile al seguente link: <https://www.phr.org/il/en/statement-on-alternatives-to-solitary-confinement/> oppure https://www.antigone.it/upload/5298_SolitaryBrief_paper_Eng_24.08.23.pdf

² In questi documenti l'isolamento a cui si fa riferimento è quello utilizzato negli istituti penitenziari e definito nelle Regole minime delle Nazioni Unite per il trattamento dei detenuti, regola 44, come l'isolamento di persone detenute in contesti penitenziari per 22 ore al giorno senza contatti umani significativi. L'Essex Paper 3 identifica alcuni elementi che costituiscono tali contatti, richiedendo che siano "diretti e faccia a faccia (senza barriere fisiche) e più che fugaci o accidentali, consentendo una comunicazione interpersonale empatica. I contatti non devono essere limitati alle interazioni determinate dalla routine penitenziaria, dal corso delle indagini (penali) o dalla necessità medica" <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/10/Essex-3-paper.pdf>. Sebbene l'isolamento esista anche in altri contesti, tra cui la detenzione dei migranti, l'occupazione militare, centri residenziali per la salute mentale nella comunità e altri contesti, questi rimangono fuori dalla portata di queste Linee Guida e del Documento di Contesto, poiché i singoli ambiti che richiederebbero considerazioni specifiche. Ciononostante, lo spirito di tali documenti si applica anche ai richiamati settori.

³ Ai fini della presente dichiarazione, sono inclusi gli individui con disabilità fisiche e psichiche, i minori e le donne.

⁴ Mandela Rules, regole 43 e 44. Inoltre, la regola 45 proibisce qualsiasi collocazione in isolamento di donne, bambini e individui con disabilità mentali o fisiche quando tali misure aggraverebbero le loro condizioni. Ulteriori strumenti internazionali confermano la necessità di proibire l'isolamento per le persone con disabilità fisiche e mentali, come la Dichiarazione dell'Associazione Medica Mondiale sull'isolamento penitenziario e la Dichiarazione di Istanbul del 2007 sull'uso e gli effetti dell'isolamento penitenziario.

⁵ Ai fini della presente dichiarazione, per "gruppi svantaggiati" si intendono quei gruppi soggetti a più alti tassi di povertà, esclusione sociale, discriminazione e violenza, tra cui, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, le persone di origine africana, le popolazioni indigene, i rom, i sinti e i nomadi, le persone appartenenti a minoranze nazionali, etniche e linguistiche, i migranti, richiedenti asilo, rifugiati, sfollati interni e persone LGBTQI+.

poste in isolamento in tutto il mondo.

Il sovraffollamento, l'inadeguatezza dell'assistenza sanitaria e la carenza di altri servizi all'interno delle carceri rappresentano una delle principali ragioni dietro l'utilizzo dell'isolamento da parte delle autorità penitenziarie come modalità di gestione di diverse situazioni complesse. L'eliminazione del suo utilizzo, quindi, rimanda a riforme sistemiche più ampie del sistema penale e dei servizi di salute mentale di comunità.

Queste Linee Guida sono il prodotto di un gruppo di lavoro internazionale composto da direttori penitenziari, personale penitenziario ed esperti in materia penitenziaria, isolamento e salute mentale convocato da Physicians for Human Rights Israel (PHRI) e Antigone nel gennaio 2022. Il presente documento offre alternative concrete e soluzioni transitorie per eliminare l'utilizzo dell'isolamento ed è accompagnato da un Documento di Contesto, che fornisce ulteriori informazioni di background. L'adozione delle misure suggerite aiuterà le autorità nazionali, i direttori penitenziari e gli operatori sanitari a ridurre e, infine, abolire questa pratica dannosa.

Sezione A:

Misure di documentazione, controllo e responsabilità

Rendere trasparenti le modalità di attuazione dell'isolamento e l'impatto che ha sulle persone detenute è il presupposto per ridurre ed eliminarne l'utilizzo (si veda Documento di Contesto, sezione B, p. 8).

1. **Azioni legislative urgenti** per abolire l'isolamento in ambito penitenziario per **tutti** gli individui.
2. **Regolamentazione e controllo giurisdizionale** di tutti gli usi formali e informali dell'isolamento fino alla sua abolizione.
3. **Documentazione completa, anonima e individuale**, che includa quanto segue:
 - a. Dati identificativi dell'individuo in questione, accessibili solo agli organismi di controllo.
 - b. Indicazioni riguardo l'appartenenza della persona a una popolazione vulnerabile o a un gruppo svantaggiato.
 - c. Motivo ufficiale del collocamento in isolamento.
 - d. Misure preventive adottate per evitare il ricorso all'isolamento.
 - e. Riesame della decisione da parte di un tribunale o di un organo competente.
 - f. Piano di assistenza individualizzato, che includa un programma per porre fine all'isolamento.
 - g. Tutte le altre restrizioni a cui il detenuto è sottoposto e le motivazioni della loro imposizione.
4. **Raccolta di dati resi disponibili al pubblico** sul numero di persone in isolamento (comprese le sezioni psichiatriche), sui motivi dell'isolamento, sulla sua durata, sull'appartenenza a una

popolazione vulnerabile o a un gruppo svantaggiato, e sulle misure preventive adottate per evitare il ricorso all'isolamento. Le informazioni devono includere tutti i casi e le tipologie di restrizione dei movimenti, compreso l'uso di strumenti di contenzione o manette, e devono essere pubblicate dalle autorità penitenziarie su base trimestrale.

5. Revisione periodica delle singole cartelle cliniche da parte di organismi indipendenti nazionali e internazionali. Gli organismi nazionali di monitoraggio delle carceri devono aderire agli standard adottati a livello internazionale, come l'OPCAT. Il processo di monitoraggio delle sezioni di isolamento deve includere:

- a. Accesso libero e continuo alle carceri per visite programmate e non annunciate.
- b. Colloqui riservati con persone detenute in diverse sezioni.
- c. Pubblicazione delle relazioni delle visite e delle raccomandazioni alle autorità competenti.
- d. Monitoraggio di team multidisciplinari che comprendano avvocati e operatori sanitari.

6. Rapporti completi sugli eventi critici redatti dal personale penitenziario su qualsiasi caso di uso della forza, comprese le contenzioni meccaniche. I rapporti devono contenere le seguenti informazioni:

- a. Le modalità attuative di contenimento meccanico utilizzate.
- b. Misure alternative tentate prima di usare la forza.
- c. Le registrazioni video disponibili relative all'evento critico.
- d. La durata della/e misura/e coercitiva/e e le procedure adottate per porvi fine.
- e. Registrazioni audio o verbali contenenti le dichiarazioni del personale penitenziario e della persona coinvolti.
- f. Indicazioni sull'appartenenza dell'individuo a un gruppo svantaggiato o a una popolazione vulnerabile.

7. Monitoraggio dell'utilizzo di tutte le misure coercitive nei confronti di gruppi svantaggiati e popolazioni vulnerabili in ambito penitenziario da parte di un comitato indipendente nominato dallo Stato e diretto da rappresentanti della società civile. I risultati devono essere resi pubblici e utilizzati per sviluppare un piano d'azione volto a ridurre l'applicazione delle misure coercitive.

8. Visite periodiche da parte dei giudici che si occupano dei reclami inerenti l'utilizzo dell'isolamento (Magistrati di Sorveglianza). Le mansioni dei Magistrati dovrebbero includere visite non annunciate ai luoghi di detenzione in ambito penitenziario e colloqui personali con le persone in isolamento.

9. Criteri clinici chiari per distinguere l'isolamento penitenziario da quello sanitario (causato da una malattia trasmissibile) o dalla quarantena (causato da esposizione a una malattia trasmissibile). L'isolamento sanitario che si prolunghi oltre i quindici giorni deve essere sottoposto alle stesse misure di monitoraggio richieste per l'isolamento.

10. Informazioni rivolte alle persone in isolamento in merito ai loro diritti, comunicate sia verbalmente che per iscritto, in una lingua a loro comprensibile e con ragionevoli accorgimenti per le persone con disabilità. Devono essere fornite informazioni sui meccanismi di reclamo disponibili.

Sezione B:

Prevenire l'isolamento: misure alternative

Le autorità penitenziarie utilizzano l'isolamento per diversi motivi: per ragioni disciplinari, per ridurre al minimo le frizioni fra le persone detenute, per prevenire atti di autolesionismo, in risposta a istanze securitarie e su richiesta dei singoli individui. Per eliminare la pratica dell'isolamento è necessario individuare il contesto in cui viene utilizzato, compresi gli effetti sui comportamenti delle persone in relazione alle condizioni di detenzione (si veda l'Appendice e il Documento di Contesto, sezione A). Contemporaneamente, i seguenti meccanismi di tutela

e soluzioni alternative aiuteranno gli operatori penitenziari (raccomandazioni 1-3, 8) e le autorità nazionali (raccomandazioni 4-7) a ridurre ed infine abolire la pratica dell'isolamento:

1. Assicurare che venga messo in atto un programma per porre fine all'isolamento che rispetti, come minimo, il limite di quindici giorni e che venga osservato il divieto di applicazione dell'isolamento per i gruppi vulnerabili dettato dalle Mandela Rules, indipendentemente dalla ragione dichiarata per l'imposizione della misura.

2. Vietare l'isolamento come risposta a infrazioni disciplinari o come forma di punizione e utilizzare, invece, risposte non segreganti.

3. Fornire informazioni a un organismo di monitoraggio con il potere formale di presentare reclami a un'autorità nazionale in caso di violazione del divieto di applicazione dell'isolamento (si veda la sezione A su Documentazione, controllo e misure di responsabilità).

4. Attuare misure per ridurre tensioni, violenze e autolesionismo, attraverso:

a. Misure concrete per ridurre il sovraffollamento (si veda l'Appendice).

b. La possibilità per tutti gli individui detenuti di trascorrere quanto più tempo possibile fuori dalla cella e avere accesso ad attività significative.

c. Un piano di assistenza personalizzato per tutti gli individui in isolamento, che rappresenti uno strumento di passaggio intermedio e che fornisca le risorse personali⁶ utili per favorire l'uscita dall'isolamento. Il piano deve indicare delle tempistiche stringenti per ricollocare la persona isolata con il resto della popolazione detenuta (si veda la sezione C sui piani di assistenza individualizzati).

d. La programmazione di attività volte a promuovere le

⁶ Le risorse personali possono essere suddivise fra risorse interne (come interessi, attitudini, abilità e competenze) e risorse esterne (ovvero fattori di carattere sociale, sanitario, materiale, organizzativo, religioso e culturale).

capacità di socializzazione e a costruire relazioni e interazioni, in particolare per gli individui che hanno chiesto di essere posti in isolamento.

e. La formazione il personale penitenziario affinché sappia individuare le ragioni che portano a determinati comportamenti e sia quindi in grado di affrontarli con approcci di de-escalation, terapeutici e non punitivi (si veda la sezione D sulle misure per la promozione delle competenze e del benessere del personale).

f. La formazione del personale che lavora a stretto contatto con le persone detenute affinché sappia mettere in atto misure di de-escalation per rispondere a episodi di autolesionismo e abbia gli strumenti per individuare le reali ragioni che portano a comportamenti autolesivi (si veda la sezione D sulle misure per la promozione delle competenze e del benessere del personale).

g. Il monitoraggio periodico, da parte di un organismo indipendente dal sistema penal-penitenziario composto da operatori sanitari, degli interventi posti in essere dagli operatori sanitari e dal personale penitenziario in risposta a episodi di autolesionismo e a tentativi di suicidio.

h. L'istituzione di un meccanismo che consenta agli individui di denunciare le violazioni dei diritti umani da parte di altre persone o del personale penitenziario.

5. Assicurarsi che gli operatori sanitari in ambito penitenziario⁷:

a. Non siano parte del processo decisionale che si risolva nell'isolamento di un individuo.

b. Raccomandino in ogni caso che si ponga fine all'isolamento di un individuo.

c. Prescrivano solo i farmaci e i trattamenti necessari da un punto di vista medico.

d. Abbiano quotidianamente libero accesso alle persone in isolamento. Se lo ritengono necessario, devono avere la possibilità

⁷ Per le raccomandazioni 4a, c, d, g e h, si veda la Dichiarazione dell'Associazione Medica Mondiale sull'isolamento (2014).
<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-solitary-confinement/>

di accedervi più frequentemente.

e. Aderiscano agli stessi codici etici e principi a cui sono vincolati in altri contesti medici.

f. Elaborino un piano di assistenza personalizzato (si veda la sezione C).

g. Siano impiegati e soggetti al controllo di un organismo indipendente dal sistema penale e penitenziario.

h. Mettano a disposizione degli organismi di monitoraggio le informazioni necessarie, comprese quelle concernenti l'impatto dell'isolamento sulla salute degli individui isolati.

6. Regolamentare l'uso della forza in carcere, compresi i casi in cui sia necessario intervenire per contrastare atti violenti posti in essere da persone detenute o comportamenti autolesivi, attraverso:

a. Una legislazione che vieti l'uso di misure coercitive non ordinarie, tra cui letti o sedie di contenzione e fucili antisommossa.

b. La documentazione di tutti i casi in cui sono state utilizzate misure coercitive (si veda sezione A, raccomandazione 6).

c. La riduzione e la progressiva abolizione delle contenzioni fisiche e meccaniche, adottando procedure di prevenzione e di intervento precauzionale per ridurre i fattori di rischio che causano aggressioni o violenze (si veda l'appendice e la sezione D sulle misure per la promozione delle competenze e del benessere del personale).

7. In tutti i casi in cui si verifica uno scompenso psichico con atti violenti e autolesivi in ambienti penitenziari, comprese le aree dedicate all'isolamento, devono essere adottate le seguenti misure:

a. Una valutazione tempestiva da parte di esperti di salute mentale.

b. Un'indagine esaustiva da parte di un organismo indipendente composto da esperti di salute mentale con rilascio di

una refertazione completa del caso (si veda sezione A, raccomandazione 6).

c. L'organo investigativo indipendente deve avere il potere di raccomandare il trasferimento dell'individuo fuori dal carcere.

8. In qualsiasi situazione in cui si presenti la necessità di interrompere un atto di violenza, devono essere adottate le seguenti misure:

- a. Gli operatori sanitari e assistenziali devono valutare la causa che ha portato alla violenza.
- b. Se la causa non è legata a condizioni di salute mentale, si deve trovare una soluzione adeguata che non sia l'isolamento, ma che possa includere una collocazione temporanea in una cella singola all'interno di una sezione ordinaria. La durata della permanenza presso la suddetta cella singola deve essere inferiore alle dodici ore e deve essere imposta solo per il tempo necessario a garantire la de-escalation.
- c. Tale collocazione non deve interrompere la comunicazione con persone diverse da quelle con cui si è verificato il conflitto.
- d. La soluzione offerta deve essere in linea con la situazione specifica della persona coinvolta e seguire le stesse linee del piano di assistenza individuale (si veda la sezione C). Qualora la collocazione in una cella singola sia prevista come parte di quest'ultimo, deve essere previsto anche un piano di allontanamento dall'isolamento, che sia rapido e limitato nel tempo.

9. Evitare l'imposizione dell'isolamento per presunte ragioni di sicurezza:

- a. Redigendo una valutazione dei rischi e dei bisogni basata su fatti reali e regolarmente riesaminata.
- b. Individuando soluzioni adeguate per garantire che un individuo ritenuto un rischio per la sicurezza non sia isolato dal resto della popolazione detenuta.
- c. Disponendo un esame indipendente della valutazione del

rischio, del bisogno e dell'appropriatezza delle soluzioni disposte da parte dell'organismo indipendente (si veda sezione A, raccomandazione 5).

10. Impedire l'imposizione dell'isolamento per motivi giudiziari, garantendo che le persone che devono essere separate per tali motivi siano collocate in sezioni diverse dello stesso carcere al fine di interrompere la comunicazione o il contatto, senza ricorrere all'isolamento.

11. Riducendo e in definitiva prevenendo che l'isolamento venga disposto su richiesta della persona detenuta:

a. Assicurandosi che la salute mentale della persona che richiede di essere posta in isolamento sia valutata da esperti di salute mentale e dal personale del carcere al fine di vagliare le ragioni della richiesta.

b. Individuando alternative adeguate all'isolamento. Tale identificazione deve essere effettuata dal personale penitenziario e dagli esperti di salute mentale insieme alla persona interessata in modo che rispondano alle sue esigenze, comprese quelle legate alla sua sicurezza personale.

Sezione C:

Piani di assistenza personalizzati

Una delle caratteristiche dei sistemi penitenziari è quella di non riuscire ad offrire un percorso individualizzato incentrato sui bisogni della singola persona, con conseguenze negative sulla salute delle persone detenute. Gli individui più frequentemente sottoposti all'isolamento spesso faticano ad adeguarsi all'omologazione propria dei sistemi penitenziari, dimostrando l'esistenza di una relazione tra l'isolamento e la mancanza di programmi di assistenza personalizzati (si veda il Documento di Contesto, sezione C).

1. Piani di assistenza sanitaria (che prendano in considerazione sia la salute fisica che quella mentale)

individualizzati e interdisciplinari, sviluppati da operatori sanitari e attuati dalle autorità penitenziarie. I piani devono tenere conto del genere, dell'orientamento sessuale, del background culturale, etnico, socio-economico e linguistico e di qualsiasi barriera che allontani l'individuo dal personale che si occupa della sicurezza, educativo e sanitario.

2. I piani di assistenza devono prevedere **incontri programmati** con operatori della salute mentale, amici, familiari, nonché personale penitenziario qualificato.

3. **Documentazione dettagliata dei piani di assistenza individualizzati e delle fasi di follow-up.** I piani di assistenza non possono avere durata illimitata e devono essere soggetti a rivalutazione in caso di cambiamenti che possano influire sull'assistenza.

4. I piani di assistenza devono essere regolarmente rivalutati da operatori sanitari e da organismi di controllo indipendenti (si veda la sezione A).

5. I piani di assistenza individuali devono presentare le seguenti caratteristiche:

a. Il processo di pianificazione, gestione e revisione del piano deve riflettere le preferenze della persona interessata.

b. Il piano di assistenza deve essere accessibile da parte della persona coinvolta.

c. La persona interessata deve avere la possibilità e deve essere messa nelle condizioni di dare il proprio consenso al piano di cura.

d. Il personale deve essere reattivo ai cambiamenti delle esigenze o delle preferenze della persona interessata.

e. Eventuali divergenze relative al piano di assistenza devono essere documentate.

f. Alla persona interessata devono essere messi a disposizione gli strumenti per sviluppare le proprie risorse personali.

6. I piani di assistenza per gli individui in isolamento devono includere:

- a. Risorse individualizzate relative agli interessi della persona coinvolta, ad esempio la letteratura, la musica e l'arte.
 - b. Misure urgenti e una pianificazione concreta per il reinserimento della persona nella popolazione detenuta entro il limite di quindici giorni previsto dalle Mandela Rules.
 - c. Una revisione del piano da parte dei meccanismi di monitoraggio (si veda la sezione A, raccomandazione 5).
7. Al fine di fornire ulteriore supporto alla persona, e solo se questa è d'accordo, il personale sanitario può considerare la possibilità di **condividere il piano di cura con i familiari interessati**, escludendo le informazioni che la persona ritiene riservate.

Sezione D:

Misure per la promozione delle competenze e del benessere del personale

L'assenza di un adeguato sostegno e di formazione per il personale penitenziario comporta alti livelli di stress, un minore utilizzo di pratiche di de-escalation e la tendenza ad adottare un approccio punitivo, utilizzando anche lo strumento dell'isolamento (si veda Documento di Contesto, sezione D).

1. **Sostegno e supervisione** da parte degli operatori sanitari devono essere garantiti a tutto il personale penitenziario, al fine di elaborare le esperienze avvenute in ambito penitenziario e di fornire assistenza in presenza di traumi secondari.
2. **Formazione per il personale penitenziario a tutti i livelli** in merito a:
 - a. L'impatto del trauma sulle persone detenute e la minimizzazione della ri-traumatizzazione causata dalla detenzione.
 - b. Gli effetti gravi e dannosi causati dall'isolamento.
 - c. La situazione sociale degli individui in carcere e le esigenze

specifiche delle popolazioni vulnerabili e dei gruppi svantaggiati.

d. Meccanismi di prevenzione e di de-escalation, tra cui la risoluzione dei conflitti, il sostegno tra pari e i metodi di giustizia riparativa.

e. Il personale addetto alla formazione deve includere esperti di salute mentale indipendenti, non dipendenti dal carcere o dal sistema penale.

3. Formazione, supporto professionale e orientamento per lavorare con gruppi svantaggiati e comprendere le particolari circostanze sociali delle persone detenute.

4. Valutazione e accreditamento del curriculum formativo da parte di un organismo indipendente (anche dal punto di vista economico) dal sistema penitenziario.

5. Valutazione a lungo termine dell'impatto del programma di formazione da parte di un organismo di monitoraggio indipendente.

Appendice:

Provvedimenti per abolire l'uso dell'isolamento in carcere

1. Ridurre la popolazione detenuta

Il ricorso all'isolamento è in parte il risultato di problemi strutturali più ampi del sistema penale. Per ridurre il numero di persone ristrette nelle carceri è necessario adottare le seguenti misure (si veda il Documento di Contesto, sezione A):

a. Pene più brevi, riduzione del ricorso massivo alla custodia cautelare affinché questa rappresenti davvero l'extrema ratio, possibilità di accedere alla libertà condizionale, alternative alla detenzione per i reati minori e creazione ed espansione di programmi di giustizia riparativa.

b. Limitare il ricorso alla custodia cautelare attraverso misure

non detentive.

c. Alternative alla detenzione per le persone con disabilità mentale, tra cui alloggi, servizi sociali e servizi per la salute mentale in un contesto comunitario sotto la supervisione dei servizi sanitari.

2. Prevenire l'indebita e sproporzionata criminalizzazione di gruppi svantaggiati

A livello globale i gruppi svantaggiati sono sovrarappresentati nelle carceri e in isolamento. Per porre fine a queste disparità è necessario attuare le seguenti misure (si veda il Documento di Contesto, pp. 4-5):

a. Nelle udienze antecedenti alla sentenza e in quelle in cui si determina l'ammontare della cauzione (laddove prevista) è necessario portare all'attenzione della Corte circostanze specifiche delle persone interessate come l'eventuale provenienza da contesti svantaggiati, trascorsi di abusi, eventuali maltrattamenti, traumi, trattamenti crudeli, inumani o degradanti e torture sofferti dalla persona.

b. Istituire commissioni indipendenti nominate dallo Stato e guidate da rappresentanti della società civile che abbiano il mandato di valutare le cause della sovrarappresentazione dei gruppi svantaggiati nelle carceri, le misure coercitive utilizzate nei loro confronti e le misure per affrontare queste disuguaglianze.

3. Implementare tutele per la salute e il welfare

Le carceri non sono luoghi adeguati per la cura delle persone con disabilità mentale; nonostante ciò, queste ultime spesso vengono addirittura collocate in isolamento. In proposito, le autorità nazionali dovrebbero:

a. Fornire e ampliare l'accesso a programmi di trattamento del trauma, a programmi pubblici di salute mentale, a programmi di recupero per l'abuso di sostanze, ad alloggi di sostegno, ad assistenza al reddito, a formazione professionale e a programmi di reinserimento nella comunità dopo la detenzione.

b. Adattare i programmi già attivi nelle comunità per soddisfare le esigenze dei gruppi svantaggiati, comprese le esigenze di individui con intersezionalità identitaria e barriere linguistiche e culturali.

4. Integrazione del principio di normalizzazione

Le persone detenute si trovano spesso private di altri diritti oltre a quello alla libertà. Per garantirne la tutela, è necessario adottare le seguenti misure (si veda Documento di Contesto, p. 7):

a. I sistemi penitenziari devono rispecchiare il più possibile le condizioni di vita al di fuori delle mura penitenziarie e tutelare i diritti delle persone detenute.

b. Durante la detenzione tutti i diritti, eccetto quello alla libertà, devono essere tutelati, compreso l'accesso all'assistenza sanitaria, alle telefonate, alle visite, alle risorse personali e alla possibilità di attivare rimedi efficaci per contrastare le eventuali violazioni di tali diritti.

c. Le autorità penitenziarie devono giustificare e documentare le azioni che violano il principio di normalizzazione.

5. Garantire il diritto alla salute per tutti

L'ambiente penitenziario e i bassi standard di assistenza sanitaria hanno un impatto negativo sulla salute e sul benessere mentale e fisico delle persone detenute. Ciò è particolarmente dannoso per i gruppi vulnerabili e può portare alla loro collocazione in isolamento (si veda il Documento di Contesto, p. 7). È necessario adottare le seguenti misure per garantire la tutela del loro diritto alla salute:

a. Le autorità sanitarie nazionali devono essere responsabili del servizio sanitario e dei servizi di salute mentale nelle strutture penitenziarie.

b. La continuità delle cure tra i servizi sanitari nella comunità e i servizi sanitari penitenziari, compresa la condivisione (consensuale) di informazioni mediche rilevanti, deve essere

assicurata.

c. L'erogazione di servizi sanitari e di supporto alla salute mentale adeguati alle esigenze specifiche delle persone detenute.

Firmatari

Andrew Coyle, Ph.D., Professore Emerito di Prison Studies, University of London; Ricercatore del King's College di Londra

David C. Fathi, Direttore del National Prison Project presso l'American Civil Liberties Union Foundation

David Jones, già Consulente Psicoterapeuta in Psichiatria Forense presso la Millfields Personality Disorder Unit nell'East London; già Responsabile dell'area terapeutica presso l'HMP Grendon, Regno Unito

Terry A. Kupers, Medico, Professore Emerito, The Wright Institute

Paula Litvachky, Avvocata per i Diritti Umani, Direttore Esecutivo del Center for Legal and Social Studies, Argentina

Hilgunn Olsen, Professoressa Associata, University College of Norwegian Correctional Service (KRUS)

Mauro Palma, Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà in Italia dal 2016 al 2024; già Presidente del Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura

Rick Raemisch, già Direttore Esecutivo del Colorado Department of Corrections

Keramet Reiter, Professore, Department of Criminology, Law & Society and School of Law, University of California, Irvine

Grazia Zuffa, Psy.D., Presidente de La Società della Ragione; Membro del Comitato Italiano per la Bioetica

Coordinatori del progetto e autori dei contributi:

Oneg Ben Dror, Physicians for Human Rights Israel

Dana Moss, Physicians for Human Rights Israel

Federica Brioschi, Antigone

Michele Miravalle, Antigone

Comitato editoriale:

Naji Abbas, Physicians for Human Rights Israel

Sofia Antonelli, Antigone

Patrizio Gonnella, Antigone

Anat Litvin, Physicians for Human Rights Israel

Susanna Marietti, Antigone

Alessio Scandurra, Antigone

Guy Shalev, Ph.D., Physicians for Human Rights Israel

Hadas Ziv, Physicians for Human Rights Israel

Revisione e correzione dei testi:

Daniel Bernstein

Design:

David Moscovitz, David and Yosef, Visual Communications

Traduzione:

Federica Brioschi, Antigone

Francesca Stanizzi, Antigone

Un ringraziamento speciale a:

Roar Asak Brenne, Agente penitenziario, The Norwegian Correctional Service

Karianne Hammer, Consulente esperta, University College of Norwegian Correctional Service, (KRUS)

Martin F. Horn, già Segretario del Pennsylvania Department of Corrections; già Commissario del New York City Department of Correction; già Docente Illustre, John Jay College of Criminal Justice, City University of New York

Joseph Leonard, Studente di medicina, Facoltà di Medicina dell'Università di Tel Aviv

Alan Mitchell, Medico, Presidente del Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura

Raymond Rosenbloom, Studente di Medicina, Medical School for International Health, Ben Gurion University of the Negev

Peter Scharff Smith, Professore di Sociologia del Diritto, Department of Criminology and Sociology of Law, University of Oslo

Sharon Shalev, Ph.D., Associata di Ricerca, Centre for Criminology, University of Oxford

Svein-Erik Skotte, Professore associato, University College of Norwegian Correctional Service, (KRUS)

Antoinette Wertman, Medica, Docente, Department of Family & Community Medicine, University of Toronto