

# ANTIGONE

**Contro l'isolamento**

Anno 2024,  
XVIV, N. 1





# ANTIGONE

## RIVISTA «ANTIGONE»

Semestrale di critica del sistema penale e penitenziario

Sito: <http://www.antigone.it/rivista/>

a cura dell'Associazione Antigone onlus

SEDE LEGALE E OPERATIVA: via Monti di Pietralata n. 16, 00157 Roma

Tel.: 06 4511304; - Fax: 06 62275849

Sito: [www.antigone.it](http://www.antigone.it); e-mail: [segreteria@antigone.it](mailto:segreteria@antigone.it)

## ANTIGONE EDIZIONI

ISSN 2724-5136

DIRETTORE RESPONSABILE: Claudio Sarzotti (Università di Torino).

CO-DIRETTORE: Stefano Anastasia (Università di Perugia).

COMITATO SCIENTIFICO: Cecilia Blengino (Università di Torino); Anna Maria Campanale (Università di Foggia); Giuseppe Campesi (Università di Bari); Yves Cartuyvels (Université Saint Louis Bruxelles); Amedeo Cottino (Università di Torino); Alessandro De Giorgi (San José State University); Luigi Ferrajoli (Università di Roma Tre); Paolo Ferrua (Università di Torino); Carlo Fiorio (Università di Perugia); José García Añón (Universitat de València) Francesco Maisto (Magistrato); Alberto Marcheselli (Università di Genova); Antonio Marchesi (Università di Teramo); Pio Marconi (Università di Roma La Sapienza); Luigi Marini (Magistrato); Dario Melossi (Università di Bologna); Giuseppe Mosconi (Università di Padova); Mauro Palma (Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale); António Pedro Dores (InstitutoUniversitário de Lisboa); Livio Pepino (ex Magistrato e scrittore); Luigi Pannarale (Università di Bari); Tamar Pitch (Università di Perugia); Ivan Pupolizio (Università di Bari); Franco Prina (Università di Torino); Eligio Resta (Università di RomaTre); Iñaki Rivera Beiras (Universitat de Barcelona); Marco Ruotolo (Università di RomaTre); Alvisè Sbraccia (Università di Bologna); Demetra Sorvatzioti (University of Nicosia); Francesca Vianello (Università di Padova); Massimo Vogliotti (Università Piemonte Orientale); Loïc Wacquant (University of California, Berkeley).

REDAZIONE COORDINATORI: Daniela Ronco (Università di Torino), Giovanni Torrente (Università di Torino).

CORPO REDAZIONALE: Costanza Agnella (Università di Torino), Perla Allegri (Università di Torino), Rosalba Altopiedi (Università del Piemonte Orientale), Carolina Antonucci (Università di Roma "La Sapienza"), Federica Brioschi (Associazione Antigone), Angelo Buffo (Università di Foggia), Chiara De Robertis (Università di Torino), Giulia Fabini (Università di Bologna), Valeria Ferraris (Università di Torino), Patrizio Gonnella (Università di Roma Tre), Susanna Marietti (Associazione Antigone), Simona Materia (Università di Perugia), Michele Miravalle (Università di Torino), Claudio Paterniti Martello (Associazione Antigone), Benedetta Perego (Università di Torino), Simone Santorso (University of Hull), Vincenzo Scalia (University of Winchester), Alessio Scandurra (Università di Pisa), Daniele Scarscelli (Università del Piemonte Orientale), Valeria Verdolini (Università di Milano Bicocca), Massimiliano Verga (Università di Milano Bicocca).

RESPONSABILE EDITING: Serena Ramirez (Università di Torino).

IN COPERTINA: Immagine del Carcere di Milano San Vittore realizzate da Pietro Snider per *Next New Media* e *Antigone* nell'ambito del progetto *Inside Carceri*, <https://www.flickr.com/photos/insidecarceri/8197490558/>.

**N. 1/2024 CONTRO L'ISOLAMENTO**

a cura di Rachele Stroppa

**INDICE**

|   |     |
|---|-----|
| L'isolamento penitenziario; un'introduzione socio-giuridica, di <i>Rachele Stroppa</i> .....  | 7   |
| <i>The International Guiding Statement on alternatives to solitary confinement</i> ,<br>di <i>Susanna Marietti</i> .....                            | 19  |
| <i>Isolation and deteriorating conditions for Palestinians in Israeli custody since October 2023</i> ,<br>di <i>Oneg Ben Dror</i> .....             | 30  |
| <i>Solitary Confinement and the International Guiding Statement on Alternatives</i> , di <i>Juan E. Méndez</i> .....                                | 46  |
| <i>The banality of torture</i> , di <i>Nuno Pontes</i> .....  | 52  |
| Isolare e segregare, residuo del supplizio, di <i>Mauro Palma</i> .....   | 68  |
| <i>Decreasing the use of solitary confinement for a safer community</i> , di <i>Rick Raemisch</i> .....   | 80  |
| <i>Mapping solitary confinement</i> , di <i>Sharon Shalev</i> .....   | 87  |
| L'isolamento penitenziario e l'Osservatorio sulle condizioni di detenzione di Antigone,<br>di <i>Alessio Scandurra</i> .....                        | 93  |
| Il paradigma dell'esclusione e l'isolamento: nuove chiavi interpretative del fenomeno,<br>di <i>Michele Miravalle</i> .....                         | 106 |
| L'isolamento come “doppia segregazione”: fra etica e prassi nel carcere dalle tante sofferenze<br>psichiche e sociali, di <i>Grazia Zuffa</i> ..... | 121 |

---

|  |            |
|--|------------|
| L'isolamento continuo durante l'esecuzione della sanzione dell'esclusione dalle attività in comune. Requisiti minimi di legalità di una misura di rigore in deroga alle ordinarie regole trattamentali, di <i>Simone Spina</i> ..... | 138        |
| Programmi e interventi di contrasto all'isolamento penitenziario in Campania, di <i>Giuseppe Nese, Rosaria Ponticiello, Loredana Cafaro e Stefania Grauso</i> .....  | 149        |
| Occhio non vede, cuore non duole?, di <i>Monica Gallo e Luigi Colasuonno</i> .....   | 164        |
| La solitudine dell'isolamento; un ostacolo alla riabilitazione, di <i>Moreno Versolato</i> .....   | 173        |
| <b>ALTRI SAGGI</b>   | <b>178</b> |
| La lunga marcia della riduzione del danno, di <i>Paolo Nencini</i> .....   | 180        |
| <b>RUBRICA GIURIDICA</b>   | <b>200</b> |
| L'utilizzo delle sezioni di isolamento nei processi per tortura seguiti da Antigone, di <i>Simona Filippi</i> .....  | 202        |
| <b>AUTORI</b>  | <b>211</b> |
| <b>APPENDICE</b>   | <b>215</b> |





---

## PROGRAMMI E INTERVENTI DI CONTRASTO ALL'ISOLAMENTO PENITENZIARIO IN CAMPANIA

*Giuseppe Nese, Rosaria Ponticiello, Loredana Cafaro e Stefania Grauso\**

---

### *Abstract*

*Starting from the full application in Campania of the implementations required by the 2017 National Plans for the Prevention of Suicide Risk in Prisons, the need to introduce specific measures for a better prevention and management of solitary confinement conditions has come to the fore, first by paying attention to de facto solitary confinement conditions, and then by extending them to areas apparently not related to solitary confinement, such as the allocations and grouping for precautionary reasons of persons confined in the sections referred to in article 32 of Presidential Decree 230/2000. In the latter condition, the isolation that risks being determined is not merely allocative for a single person but rather isolation of an entire group of persons who, although sharing physical spaces, are in fact removed from the intra-prison micro-community to which they belong (the section or detention ward).*

*The experiments described are based on the change of an operational paradigm historically customary in the prison system: the management of critical situations only through a different allocation of the detained person, without searching in advance for the active motivations in individual critical*

---

\* Giuseppe Nese è Psichiatra, coordina le attività della regione Campania in tema di sanità penitenziaria e superamento degli O.P.G.; Rosaria Ponticiello è Psicologa del Coordinamento sanità penitenziaria della A.S.L. Caserta; Loredana Cafaro è Sociologa, ha partecipato alla definizione dei Piani nazionali per la prevenzione del suicidio in carcere nel 2017; Stefania Grauso è Psicologa della A.S.L. Caserta e anch'essa ha partecipato alla definizione dei Piani nazionali per la prevenzione del suicidio in carcere nel 2017.



*events and without detecting individual needs and providing appropriate solutions, but assuming as the only answer the exclusion of the disturbing person from the social body of the prison, removing with him/her also the problems he/she expresses.*

*The experiments described fulfilled many of the indications and recommendations of the 'International Guidelines on Alternatives to Prison Isolation' produced by an international working group convened by Physicians for Human Rights Israel (P.H.R.I.) and Antigone and presented in May 2024.*

**Keywords:** *solitary confinement, suicide risk, individual treatment and therapeutic projects*

## 1. Premessa

Che l'isolamento, in particolare in ambito penitenziario, sia uno dei principali fattori di rischio rispetto a diversificati e gravi esiti negativi sulle condizioni di vita delle persone è evidenza talmente acclarata ed ampiamente documentata, che non si ritiene qui necessario darne specificazioni. Tanto anche con riferimento alla consequenziale obbligazione per le istituzioni ad assumere come obiettivo il suo completo superamento.

Preliminarmente si ritiene necessaria una definizione di campo, distinguendo quelle fattispecie di isolamento penitenziario ben esplicitate nelle norme e regolamentazioni operative (per esempio, l'isolamento previsto per motivi disciplinari, sanitari o giudiziari) da altre che si determinano *di fatto* e apparentemente risultano prive di valenza negativa e talora addirittura trasformate da fattore di rischio a fattore di protezione individuale

(come per esempio l'allocazione in stanza singola su richiesta della stessa persona detenuta).

Per le prime ci si limita a richiamare la necessità che tutte le azioni di valutazione dei rischi e della sostenibilità, sia preventive all'esecuzione che *in itinere* e successive alla stessa, siano attentamente monitorate, garantite e migliorate, evitando atteggiamenti passivi basati sulla convinzione di una loro meccanicistica attuazione.

Ben più complesso, invece, è operare rispetto alle seconde, sia per la difficoltà a rilevarle, insita nella loro apparente valenza positiva, sia per consequenziale indisponibilità nelle normative o negli indirizzi operativi di azioni specificamente finalizzate alla loro prevenzione.

A partire dalla completa attuazione in Campania delle implementazioni richieste dai Piani nazionali di prevenzione del rischio suicidario in carcere<sup>1</sup> e, in particolare, dalle

---

<sup>1</sup> *Piano Nazionale per la Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti* (Conferenza Unificata, Rep. Atti n. 81/CU del 27.07.2017); *Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità* (Conferenza Unificata, Rep. Atti n. 129/CU del 26.10.2017); *Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti* e *Piano regionale per la*

attività di monitoraggio degli eventi critici, si è rapidamente pervenuti, prima, all'evidenza della necessità di introdurre specifiche misure per una migliore gestione delle condizioni di isolamento *di fatto* nelle azioni finalizzate alla riduzione del rischio suicidario, e poi all'estensione di questa specifica attenzione ad alcune condizioni di gestione penitenziaria apparentemente non attinenti all'isolamento, come le assegnazioni e il raggruppamento per motivi cautelari delle persone ristrette nelle sezioni di cui all'art. 32 del D.P.R. 230/2000. In quest'ultima condizione, l'isolamento che rischia di determinarsi non è meramente allocativo per una singola persona quanto piuttosto isolamento di un intero gruppo di persone che, pur condividendo spazi fisici, vengono di fatto allontanati dalla micro-comunità intra-penitenziaria di appartenenza (la sezione o reparto detentivo) e private sia delle relazioni che avevano stabilito sia delle attività e risorse trattamentali e sanitarie di cui abitualmente fruiscono.

In entrambe le sperimentazioni che saranno di seguito descritte risulta centrale il cambiamento di un paradigma operativo storicamente abituale del sistema penitenziario: la gestione delle criticità solo attraverso una diversa allocazione della persona detenuta, senza ricercare preventivamente le motivazioni attive nei singoli eventi critici e senza rilevare i bisogni individuali ed apprestare soluzioni appropriate, ma assumendo quale

unica risposta l'esclusione della persona disturbante dal corpo sociale dell'istituto penitenziario, isolando o allontanando la persona e, con lei, anche i problemi che esprime. Questi ultimi, pertanto, restano non solo irrisolti ma anche non conosciuti e riprodotti altrove.

Le sperimentazioni in parola, valutando le prassi implementate, hanno soddisfatto molte delle indicazioni e raccomandazioni presenti nelle *Linee Guida internazionali sulle alternative all'isolamento penitenziario* prodotte da un gruppo di lavoro internazionale convocato da *Physicians for Human Rights Israel* (P.H.R.I.) e Antigone, ed in particolare le seguenti:

- rendere trasparenti le modalità di attuazione dell'isolamento e l'impatto che ha sulle persone detenute;
- assicurare che venga messo in atto un programma per porre fine all'isolamento;
- assicurare che gli operatori sanitari in ambito penitenziario siano coinvolti nella gestione delle condizioni di isolamento solo per le azioni appropriate e con la costante finalità di porre fine all'isolamento;
- evitare l'imposizione dell'isolamento per presunte ragioni di sicurezza;
- prevenire che l'isolamento venga disposto su richiesta della persona detenuta;
- definire ed attuare piani di assistenza interistituzionali che integrino gli interventi educativo-trattamentali e quelli sanitari

---

*prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità (D.G.R. Campania n. 134 del 13.03.2018).*

(considerando sia la salute fisica che quella mentale), che siano individualizzati e interdisciplinari, e periodicamente rivalutati;

- definire ed attuare interventi di adeguato sostegno e di formazione per il personale penitenziario e sanitario per elaborare le esperienze avvenute in ambito penitenziario e fornire assistenza in presenza di traumi secondari;
- monitorare e garantire che le attività sanitarie e trattamentali a favore delle persone detenute in carcere siano svolte senza determinare la privazione di altri diritti oltre a quello alla libertà.

## **2. L'isolamento e gli interventi per la riduzione del rischio suicidario in carcere**

Quando si parla ed ancor più si scrive in tema di suicidio si affronta un argomento spinoso, ci si muove su di un terreno minato. In primo luogo, per gli aspetti emotivi ad esso sottesi, in quanto si tratta di un atto che sovverte uno degli istinti primordiali dell'essere umano, quello della conservazione e della sopravvivenza. Eppure, prevalentemente si tratta di un gesto compiuto lucidamente e deliberatamente, che non deve e non può essere interpretato e gestito come sintomo di una malattia e che, in ogni caso, rende estremamente difficile, quando non impossibile, trovare una modalità di lettura unica ed univoca.

Non si intende qui affrontare il tema nei suoi aspetti più generali, ma appare

necessario accennare almeno ai più salienti per l'ambito penitenziario, almeno limitatamente a quelli che si ritengono precondizioni necessarie per rendere possibile le azioni che specificamente incidono sull'isolamento.

Negli ultimi anni – ma periodicamente anche in passato – è stato rilevato con allarme il numero crescente di persone private della libertà che si sono tolte la vita negli istituti penitenziari, dando luogo ad una lunga serie di riflessioni e commenti, accompagnati o meno da tentativi di analisi di quanto accadeva e, purtroppo va detto, senza alcun intervento specifico per incidere concretamente sull'emergenza.

Un primo aspetto da evidenziare è quello della sua dimensione nel nostro Paese. Tra le diverse informazioni disponibili – più che l'andamento annuo del tasso di suicidi in carcere (che risente inevitabilmente del numero delle persone ristrette) oppure il confronto di questi valori tra i Paesi europei (che non vede l'Italia tra quelli ove il fenomeno è maggiormente presente) – l'evidenza più importante è il confronto tra la dimensione del fenomeno suicidario in carcere e nella popolazione generale. Un dato costante è che da 30 anni in Italia l'essere ristretto in carcere determina un aumento del rischio suicidario di 15-20 volte rispetto a quello della popolazione generale, differenziale che non si rileva nella maggior parte degli altri Paesi europei.

Sempre con riferimento ai dati, sono da considerare le conseguenze della mancanza sia di una chiara definizione di "caso" che di una modalità di registrazione del caso

standardizzata ed attendibile, atteso che quando si registra un caso, lo si fa con modalità esclusivamente soggettive, non omogenee e non condivise. Esemplicativamente, di fronte ad un comportamento autolesivo, un operatore – di solito privo di alcuna specifica formazione – può soggettivamente ritenere che si tratta di un tentato suicidio oppure di un gesto autolesivo di altra natura (autolesionismo oppure atto di natura strumentale o quant'altro), e addirittura potrebbe essere qualificato come tentato suicidio un evento che determina la morte non immediatamente, ma solo dopo alcune ore o anche giorni in un altro luogo (tipicamente in ospedale) e quindi avrebbe dovuto essere considerato un suicidio. Questa variabile interpretazione dell'evento dà luogo a modalità di registrazione parimenti variabili e di conseguenza inattendibili, determinando difficoltà per la corretta interpretazione del fenomeno. Pertanto, restando sul tema della sottostima dei dati, se si prendono in considerazione anche le morti per *cause da accertare*, è più che probabile una costante sottostima della dimensione quantitativa del fenomeno suicidario in carcere.

Ancora oggi, uno dei dati più spesso riportati ed a cui viene ricondotta la recrudescenza degli eventi è l'aumento della popolazione di persone ristrette negli istituti penitenziari, con scostamenti più o meno rilevanti dalla capienza regolamentare ed una condizione, mai arginata sistematicamente, di sovraffollamento ingravescente. Sebbene quest'ultimo costituisca una grave criticità

che necessita di interventi urgenti, tuttavia non è strettamente correlato alla questione dei suicidi. Dal confronto tra le condizioni di sovraffollamento ed i tassi di suicidio, infatti, emerge che alla sola riduzione del primo non corrisponde una riduzione significativa dei tassi di suicidio, come avvenuto con l'indulto del 2006 che, pur avendo ridotto in modo rilevante la popolazione detenuta, non ha determinato nessun sostanziale cambiamento del tasso dei suicidi dello stesso anno e di quello successivo.

Ulteriore aspetto altrettanto importante è quello del corretto inquadramento dell'atto suicidario come evento derivante dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da una patologia. Ciò significa tener presente quanto sia rilevante il contesto penitenziario, il quale aggrega (talvolta amplificandole) condizioni che complessivamente determinano un aumento rilevante del rischio di suicidio. L'erronea riconduzione meccanicistica del fenomeno suicidario ad una condizione patologica, spesso di tipo psichiatrico, ed il ricorso alla psichiatria o ad attività prevalentemente sanitarie o non svolte congiuntamente dalle amministrazioni (penitenziaria e sanitaria), è uno dei motivi più frequenti per i quali spesso si dà luogo a percorsi tecnicamente e scientificamente erronei, inappropriati ed inefficaci. In termini più generali, si tratta di risposte non idonee a intervenire organicamente, per potenziare i fattori di protezione e per ridurre quelli di rischio.

Nei Piani nazionali del 2017 si inquadra il fenomeno suicidario in carcere come da ricondurre alle ordinarie condizioni di vita e non a problematiche sanitarie – fermo restando che il Servizio sanitario non può escludersi dagli interventi – e indicando che tutte le azioni previste debbano essere svolte sempre congiuntamente dal Servizio sanitario e dall'Amministrazione penitenziaria. Quanto sopra necessita di essere seguito da un organismo di monitoraggio e controllo da istituirsi a livello regionale<sup>2</sup>, con operatività caratterizzate da autonomia, da attribuzione di competenza nell'analisi e documentazione degli eventi, produzione di reportistica pubblica ed indicazione alle amministrazioni degli interventi opportuni per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei Piani dei singoli istituti penitenziari.

La piena attuazione in Campania delle implementazioni organizzative previste dai Piani nazionali approvati nel 2017, pertanto, ha determinato l'istituzione di uno specifico

Nucleo regionale che svolge i seguenti prioritari compiti – in aggiunta alla definizione del *Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie negli istituti penitenziari per adulti e per i minori*, cui ha fatto seguito la stesura dei Piani locali di prevenzione a livello di singolo istituto, validati dell'Osservatorio permanente regionale per la Sanità penitenziaria. Il suddetto Nucleo regionale svolge i seguenti prioritari compiti:

- seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento periodico dei Piani locali (oggetto dei protocolli locali tra istituti penitenziari ed Aziende sanitarie locali (A.S.L.) rispettivamente competenti), validandoli prima della loro formale adozione con atto deliberativo;
- programmare la formazione degli operatori locali;
- pianificare le attività di *audit* clinico;
- raccogliere le prassi valutate più rispondenti agli obiettivi ed inviarle al livello centrale;

<sup>2</sup> «Titolo I. Inquadramento generale. § 1. L'architettura organizzativa del Piano Nazionale di Prevenzione. Il modello organizzativo che qui di seguito si prospetta prevede tre livelli in cui sono rappresentate costantemente le istituzioni sanitarie e penitenziarie. (...) Il livello regionale comprende gli Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria (che devono integrare, laddove non già realizzato, in conformità alle indicazioni del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, componenti del PRAP e dei Servizi Sanitari regionali competenti), con il supporto di ulteriori Articolazioni regionali eventualmente presenti. Ad esso viene affidato il compito di individuare il nucleo di referenti regionali, di elaborare in uno specifico Piano Regionale per la prevenzione delle Condotte Suicidarie le linee di indirizzo regionali utili per rendere operativi quelli locali in modo omogeneo, tenendo conto del presente Piano Nazionale al fine di seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento dei Piani Operativi Locali di prevenzione, garantire la formazione degli operatori locali, nonché diffondere a livello centrale le buone prassi individuate. Esso segue e verifica la redazione e l'aggiornamento periodico dei Protocolli Operativi Locali di prevenzione, gestisce la formazione degli operatori locali, pianifica ed organizza le attività di audit clinico, raccoglie le prassi ritenute più interessanti da inviare al livello centrale. Svolge o delega le azioni conoscitive e le inchieste amministrative ritenute opportune e/o dovute, in funzione delle specifiche competenze di ciascuna Amministrazione» (ACCORDO Conferenza Unificata 27 luglio 2017 sul documento recante *Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti* (Repertorio atti n. 81/CU).

- svolgere o delegare azioni conoscitive e/o inchieste amministrative ritenute opportuno dovute.

Proprio a partire dallo svolgimento delle predette attività, con riferimento all'anno 2022, il Nucleo regionale della Campania ha elaborato e reso pubblici (nell'allegato alla D.G.R. Campania n. 520/2023) gli esiti del continuo monitoraggio degli eventi critici realizzato con l'attiva partecipazione di tutti i Referenti locali (di Amministrazione sanitaria e penitenziaria) presso gli Istituti penitenziari regionali, comprensivo degli approfondimenti del livello di definizione degli eventi critici avvenuti nei quattro trimestri dell'anno considerato, delle appropriate *ridefinizioni* di caso in considerazione della motivazione (intenzione suicidaria) e della adeguatezza del gesto.

In estrema sintesi è risultato che negli istituti Penitenziari della Campania, per 4 dei 7 eventi esitati in suicidio, già dalle prime ricostruzioni dell'accaduto, è risultato che la persona detenuta si trovasse allocata in stanza singola, talvolta sulla base di una richiesta personale (in 2 casi) oppure di indicazioni date dal Servizio sanitario (1 caso). In uno dei casi di cui sopra, inoltre, il detenuto era stato recentemente trasferito da altro istituto penitenziario.

L'analisi ha valutato la compresenza dei principali fattori di rischio – quali il fatto di essere alla prima esperienza di detenzione, il recente trasferimento da altre strutture, la allocazione in stanza singola, per molteplici motivi quali sanzione disciplinare con

Esclusione dalle attività in comune (E.A.C.), isolamento per motivi sanitari o di altra natura – evidenziando la loro compresenza in oltre il 50% dei casi. Da un livello preliminare di analisi quindi si rende evidente un *trend* in cui i suddetti fattori sono compresenti nella maggior parte dei casi (in 4 dei 7 decessi per una scelta suicidaria). Gli altri due casi non risultano associati agli stessi fattori di rischio, mentre in un caso non è stato possibile pervenire alle suddette informazioni, in quanto le stesse non si rendevano disponibili per motivazioni diversificate (impossibilità di accesso agli atti, in quanto oggetto di indagini della Autorità giudiziaria). I dati regionali risultavano sostanzialmente confermare quelli nazionali, relativi ai decessi per suicidio negli istituti penitenziari italiani dall'inizio del 2023, raccolti da altra fonte (rassegna di quanto riportato dai principali siti tematici di settore).

Alle valutazioni del Nucleo regionale ha fatto seguito l'aggiornamento delle indicazioni operative in tema stabilite dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, dettagliate in specifica circolare regionale, come di seguito:

- indicazioni specifiche in merito ai provvedimenti disciplinari di E.A.C. con particolare attenzione allorquando è da eseguirsi in condizione di isolamento:

a) in merito all'espressione obbligatoria di parere con certificazione medica della sostenibilità della sanzione, rappresentando la necessità di procedere solo successivamente all'acquisizione di una formale richiesta da

cui si evinca chiaramente la presenza di una specifica disposizione della Direzione penitenziaria e che il Servizio sanitario dovrà svolgere adeguate valutazioni, non solo correlate alla possibile configurazione di quest'ultima sanzione quale fattore di rischio ricompreso nei Piani nazionale, regionale e locali di prevenzione delle condotte suicide, ma anche con riguardo più in generale alla tutela complessiva della salute della persona, in una prospettiva di prevenzione di potenziali condizioni di patologie psico-fisiche conseguenti;

b) per le modalità di garanzia del dovuto costante controllo sanitario durante l'esecuzione della sanzione, proponendo di assicurare una locale procedura, concordata formalmente con la Direzione dell'istituto, che garantisca la comunicazione al Servizio sanitario del presidio, contestualmente all'avvio della esecuzione della sanzione E.A.C., e le informazioni più rilevanti (sede e durata) circa la sanzione stessa;

c) per il potenziamento della preventiva valutazione, nella specifica prospettiva della riduzione del rischio suicidario, di tutti i casi di allocazione in stanza singola, anche derivanti da richiesta della persona ristretta o comunque diversi dall'isolamento disciplinare o sanitario, curando la puntuale e precisa osservanza di ogni singolo aspetto dei Piani regionale e locali, con particolare riferimento a quanto in essi indicato ai fini dell'approfondimento della conoscenza del detenuto, sia all'ingresso che in corso di detenzione, assicurando la rilevazione e valutazione di

eventuali eventi occorsi nei periodi prossimi al cambiamento di allocazione e prestando specifica attenzione durante l'intera durata del suddetto *isolamento di fatto*.

Sempre in tema di riduzione del rischio suicidario, si evidenzia che sono attualmente in fase di sperimentazione presso gli istituti penitenziari della A.S.L. Caserta, con prospettiva di una successiva estensione agli istituti dell'intera regione, alcuni interventi progettuali di potenziamento delle azioni dedicate. Tra queste, la previsione nel progetto dell'obbligatoria definizione per ogni persona detenuta riconosciuta a rischio, di Progetti trattamentali e terapeutici (P.T.T.), che integrino le ordinarie attività sanitarie e penitenziarie, in coerenza con la pertinente misura presente nelle *Linee Guida internazionali sulle alternative all'isolamento penitenziario* richiamate in premessa.

### **3. L'isolamento e le assegnazioni e raggruppamenti per motivi cautelari**

Il D.P.R. n. 230/2000, all'art. 32 ("Assegnazione e raggruppamento per motivi cautelari"), interviene rispetto ai «detenuti e gli internati, che abbiano un comportamento che richiede particolari cautele, anche per la tutela dei compagni da possibili aggressioni o sopraffazioni», prevedendo che possono essere «assegnati ad appositi istituti o sezioni dove sia più agevole adottare le suddette cautele» e che «la permanenza dei motivi cautelari viene verificata semestralmente»; lo stesso articolo dispone inoltre che anche i «detenuti ed internati per i quali si possano

temere aggressioni o sopraffazioni da parte dei compagni», siano collocabili nelle stesse sezioni o istituti, richiedendo che detta tipologia di assegnazione «deve essere frequentemente riesaminata nei confronti delle singole persone per verificare il permanere delle ragioni della separazione delle stesse persone dalla comunità».

Come in premessa anticipato, anche indipendentemente da un'organizzazione in stanze singole e come esplicitato alla fine dello stesso art. 32, l'allocazione in queste sezioni determina sempre una *separazione* delle persone *dalla comunità* intra penitenziaria e, pertanto, una condizione di isolamento di fatto che, tuttavia, non viene abitualmente né rilevata né trattata come tale.

Inoltre, riguardo alle persone assegnate o raggruppate ai sensi dell'art. 32 – sebbene non esplicitato nella norma che si esprime solo in termini di richiesta di “particolari cautele” – risulta evidente la necessità di interventi potenziati, sia penitenziari che sanitari, atteso che ad entrambe le condizioni rilevate in tema di rischio di “aggressioni o sopraffazioni” può essere sottostante e causalmente correlabile una condizione di disagio, prevalentemente psicologico. Questa considerazione trova, altresì, sostegno nella netta seppur implicita distinzione, nella *ratio* della norma, tra le assegnazioni in sezioni ex art. 32 e le condizioni diverse di assegnazioni specifiche per ragioni disciplinari o sanitarie.

La problematica interpretativa sinteticamente descritta determina spesso prassi che, seppur nell'intento di garantire tutele alle persone detenute, rischiano di determinare un aggravamento delle condizioni di disagio, non facilitando la rilevazione dei bisogni individuali e la definizione ed attuazione di interventi individualizzati.

La rilevazione della questione e l'indicazione di opportuni indirizzi normativi e gestionali è rilevabile sia nella Relazione finale della Commissione per l'innovazione del sistema penitenziario di cui al D.M. 13.09.2021<sup>3</sup>, nella parte in cui propone una più dettagliata disciplina dell'assegnazione a sezioni separate (art. 32), sia nella Circolare del D.A.P. sul circuito della media sicurezza (prot. n° 0276653 del 18.07.2022), laddove evidenzia la necessità di:

«una presa in carico multidisciplinare, finalizzata al potenziamento del trattamento, che dovrà essere concordata con la struttura sanitaria (...) al fine di approfondire la conoscenza delle problematiche personologiche poste alla base delle difficoltà relazionali e/o comportamentali e individuare, congiuntamente, un programma di intervento personalizzato, che tenga conto della peculiarità del soggetto».

Configurandola, inoltre come “la parte più impegnativa dell'intervento penitenziario”.

Il corretto inquadramento di queste particolari condizioni di bisogno presuppone,

---

<sup>3</sup> [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_36\\_0.page?contentId=COS360093](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_36_0.page?contentId=COS360093)



come esplicitato nella richiamata Circolare, una “particolare ponderazione” nella fase iniziale di valutazione e interpretazione:

«rispetto ai comportamenti disforici e non conformi alle regole, spesso confusi con patologie della sfera psichica, non confermate dai dati oggettivi, quali gli esiti delle osservazioni ex art. 112 reg. esec., i quali escludono, nella maggior parte dei casi, situazioni patologiche».

In questi casi, l'attribuzione di una condizione di patologia psichiatrica, oltre a costituire un grave errore interpretativo, determina inevitabilmente consequenziali errori operativi, non potendo risultare efficace e legittimo un trattamento specialistico psichiatrico.

In Campania sono state nel tempo realizzate attività di valutazione dell'effettiva presenza di condizioni di patologia psichiatrica in ampie coorti di popolazioni detenute in istituto penitenziario. Tra queste, una verifica analitica svolta nel 2021 su tutte le terapie psicofarmacologiche prescritte e assunte dalle persone ristrette negli istituti penitenziari della provincia di Caserta (349 persone in trattamento rispetto alla 1402 persone presenti), ha consentito di rilevare una condizione di effettiva patologia psichiatrica maggiore (psicotica o affettiva) – cioè diversa da condizioni transitorie e reattive di tipo ansioso che non indicano alcuna necessità di presa in carico da parte del Servizio specialistico psichiatrico – solo in 216 casi, corrispondenti al 61,8% dei detenuti in

trattamento psicofarmacologico e al 15,4% del totale dei detenuti presenti.

Sebbene la richiamata Circolare sulla media sicurezza sia riferita alla gestione dei trasferimenti tra i diversi istituti penitenziari, può essere appropriata anche rispetto alle allocazioni in diverse sezioni di uno stesso istituto e, ancor più, alle sezioni ex art. 32, la valutazione di inappropriata ed inefficacia di interventi gestionali formali che determinano il mero trasferimento della persona problematica; siffatti interventi non assicurano risposte adeguate ai bisogni espressi e non gestiscono la condizione di disagio, limitandosi a spostarla insieme alla persona che ne è portatrice, peraltro in un nuovo e meno appropriato contesto, estraneo alla persona detenuta.

Nella stessa Circolare, nella prospettiva di migliorare coerentemente gli interventi, si evidenzia la necessità di garantire “modalità di intervento integrato attivo, quali la graduale partecipazione alle attività presenti in istituto”, “tenendo conto del carattere di temporaneità dell'assegnazione” e della “necessità di valutare periodicamente le persone ivi allocate”, assicurandone la partecipazione alle attività “anche unitamente alle persone appartenenti alle Sezioni ordinarie e a quelle a trattamento intensificato, e pertanto, realizzando una gestione che prevenga ogni forma di separazione dalla complessiva popolazione dell'istituto”. La presa in carico indicata dovrà essere, quindi, multidisciplinare, e “dovrà essere intensificata la presenza di operatori del trattamento (funzionari

giuridico pedagogici, esperti ex art. 80, volontari, mediatori culturali), così come dovrà essere concordato con la struttura sanitaria un marcato contributo delle professionalità ad essa afferenti”.

L'Osservatorio permanente regionale per la Sanità penitenziaria della Campania ha condiviso pienamente quanto declinato nella richiamata circolare a favore delle persone detenute da gestire con assegnazione alle sezioni ex art 32 D.P.R. 230/2000, come nella stessa circolare precisato, in particolare concordando sull'assunto che per comprendere il senso di un'azione/comportamento e studiare un percorso di trattamento realmente efficace, bisogna tenere conto della peculiarità e specificità del mondo intramurario, nel quale il comportamento, origina, si alimenta e si realizza.

Nel contesto istituzionalmente integrato proprio del suddetto Osservatorio sono, pertanto, state configurate sezioni sperimentali ex art. 32, definendo gli indirizzi operativi per qualificarle come ambiti penitenziari specificamente e appropriatamente organizzati ad accogliere ed offrire risposte alle persone detenute con bisogni complessi, come di seguito sintetizzato:

- “in nessun caso dovrà aversi commistione tra le persone allocate e quelle destinate a provvedimenti di isolamento disciplinare, non potendo condividersi alcuna assimilazione tra il regime di tali reparti e quello disciplinare”<sup>4</sup>;

- l'inserimento delle persone detenute ha come preconditione la rilevazione di una condizione di bisogno complesso sociale a rilevanza sanitaria (cioè una presenza di bisogni sociali che può determinare ricadute negative sulla salute) e la valutazione integrata (penitenziaria e sanitaria);
- la costante definizione di un Progetto individuale trattamentale e terapeutico (P.T.T.);
- la temporaneità dell'inserimento, esplicitata nel P.T.T.

Al fine di perseguire l'obiettivo di istituire preferenzialmente una *sezione sperimentale specializzata* ex art. 32 almeno presso un istituto penitenziario insistente sul territorio di ciascuna A.S.L. regionale è stato pertanto concordato quanto segue:

- la manifestazione di interesse e la comunicazione da parte dell'Amministrazione penitenziaria regionale, sentite le singole Direzioni penitenziarie, all'Osservatorio, della disponibilità e/o possibilità di programmare l'attivazione della sperimentazione di che trattasi in specifici Istituti. Le informazioni necessarie da comunicare comprendevano gli spazi allocativi che potranno essere (o sono già) destinati ad accogliere le persone detenute ex art. 32 reg. esec., chiaramente distinti dagli spazi destinati ad accogliere le persone detenute con provvedimenti disciplinari di E.A.C. con la modalità dell'isolamento. Le informazioni relative al personale disponibile – o che dovrà essere reso disponibile – per la specifica operatività,

<sup>4</sup> Circolare del D.A.P. sul circuito della media sicurezza (prot. n° 0276653 del 18.07.2022).

evidenziando l'attuale dotazione del singolo istituto per tipologia di profilo professionale;

- Il Servizio sanitario, attraverso i rappresentanti delle A.S.L., fornirà analoghe comunicazioni all'Osservatorio, sia per quanto relativo alla disponibilità a partecipare alla sperimentazione, sia per quanto relativo all'attuale dotazione di personale sanitario – disponibile allo stato ovvero da rendere disponibile rispetto alla dotazione programmata – del singolo istituto e per tipologia di profilo professionale sanitario;

- Per ogni persona allocata in regime ex art. 32, a seguito di formale comunicazione dell'Amministrazione penitenziaria al Presidio sanitario penitenziario o viceversa, dovrà essere indetta una riunione del Gruppo di Osservazione e Trattamento Allargato al servizio sanitario (G.O.T.A.) – sollecitamente e indicativamente entro 96 ore dalla segnalazione, in caso di necessità – onde approntare un progetto individuale terapeutico e trattamento integrato (P.T.T.) che vede coinvolte le professionalità sanitarie, sociali, trattamentali e penitenziarie; in ogni caso, indipendentemente da specifiche segnalazioni, il Gota si riunirà con frequenza almeno mensile per la valutazione in itinere degli interventi.

Per la realizzazione del P.T.T., sono stati previsti per ciascuna Amministrazione (sanitaria e penitenziaria) i seguenti impegni:

1. individuazione di professionisti per la costituzione di *equipe* multidisciplinari e inter-istituzionali (operatori sanitari, amministrazione penitenziaria, terzo settore, ecc.)

organizzativamente autonome rispetto ai servizi ordinari, ma con gli stessi funzionalmente integrate, e attive nella ricerca dei possibili collegamenti e della collaborazione delle risorse territoriali disponibili (associazioni di volontario e di categoria, enti territoriali, altre pubbliche amministrazioni, istituti di formazione ecc.);

2. chiara definizione della storia individuale (personale, giuridica, clinica e sociale), delle criticità emergenti e degli obiettivi che si intendono perseguire a breve e medio termine con indicazione dei necessari momenti di valutazione e/o rivalutazione degli interventi;

3. evidenza della piena condivisione del P.T.T. con la persona interessata;

4. esplicitazione degli strumenti e della frequenza degli interventi posti in essere da ciascuna amministrazione ai fini della valutazione dei bisogni e del raggiungimento degli obiettivi.

La programmazione a valenza triennale del 2023 ha previsto inizialmente 4 sezioni sperimentali nel territorio regionale, indicativamente negli istituti di Avellino “Bellizzi”, Napoli “Secondigliano”, S. Maria C.V. e Salerno, per ciascuna delle quali andavano definite formalmente le risorse rese disponibili dalla Direzione penitenziaria dell'istituto e dalla A.S.L. competente, e la capacità massima di accoglienza, espressa in progetti individuali terapeutici e trattamentali integrati (P.T.T.) attivabili.

Anche relativamente alle risorse finanziarie da utilizzare per l'attuazione degli interventi è stato ritenuto qualificante superare

l'abituale separazione gestionale tra le amministrazioni coinvolte, integrare le diverse fonti economiche e realizzarne la gestione unitaria.

Sulla base della quota parte di finanziamento reso disponibile dall'Amministrazione penitenziaria (in qualità di parte sociale) e da integrare con il cofinanziamento delle A.S.L. (in qualità di parte sanitaria) la complessiva operatività delle sezioni sperimentali in parola potenzialmente programmabile è stata quantificata in un numero di P.T.T. per ciascun istituto coinvolto, non inferiore a 50 e non superiore a 100, determinando un finanziamento annuo per singolo P.T.T. variabile, nel caso del numero massimo (100) o del numero minimo (50) di P.T.T.

Sempre in coerenza con la metodologia propria degli interventi sociosanitari integrati, in aggiunta al cofinanziamento, è stata prevista anche la complessiva co-progettazione e cogestione delle attività tra l'Amministrazione penitenziaria, la A.S.L. competente ed il terzo settore.

Riguardo alle modalità di rapporto con i soggetti del terzo settore è stata esclusa la possibilità di configurarlo come delega, assicurando che la responsabilità del soggetto pubblico (A.S.L./Amministrazione penitenziaria) sia costantemente mantenuta ed esercitata sia nella fase di avvio del P.T.T. che nel corso del suo espletamento, e garantendo sempre la possibilità di ridefinirne i contenuti operativi *in itinere*, sulla base del continuo monitoraggio dei bisogni della persona

destinataria e degli indicatori di processo e di esito.

Per ciascuna sperimentazione è stato previsto uno strumento di forte valenza contrattuale, concordando sulla definizione e sottoscrizione di un Accordo di programma ai sensi dell'art. 15 L. 07/08/1990 n° 24 tra il Direttore generale della A.S.L. e il Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria, sulla base di uno schema di riferimento precedentemente concordato, che integri i seguenti contenuti essenziali:

- specificazioni delle procedure gestionali, amministrative ed economico-finanziarie dell'intervento;
- modalità di monitoraggio di processo e di esito dei P.T.T., da svolgersi congiuntamente tra la Direzione penitenziaria e la A.S.L. e da integrare con una relazione semestrale da inviare al Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria ed alla Cabina di regione ex D.G.R. Campania n° 67 del 14.02.2023;
- metodologia dell'intervento e del coinvolgimento dei soggetti del terzo settore, preferenzialmente del territorio sede dell'istituto penitenziario, privilegiando il ricorso, laddove disponibile, alla metodologia dei PTRI sostenuti da *budget* di salute, di cui all'art. 46 della L.R. Campania n. 1/2012.

In esito all'avvenuta sottoscrizione degli Accordi di programma, la sperimentazione è stata successivamente avviata nelle A.S.L. di Avellino, Caserta, Napoli 1 Centro e Salerno,

nelle strutture penitenziarie già previste e con l'offerta di seguito specificate:

- CC di Avellino "Bellizzi", sezione sperimentale per 28 persone;
- CC S. Maria C.V., sezione sperimentale per 28 persone;
- CR Napoli Secondigliano, sezione sperimentale per 24 persone;
- CC Salerno, sezione sperimentale per 6 persone.

Più recentemente, nel primo semestre del 2024, in relazione alla rilevazione degli esiti preliminari, le attività sono state estese anche alla CC di Ariano Irpino ed alla

Sezione di Casa di lavoro presente presso la CR di Aversa. Per queste ultime estensioni, sono state completate le attività amministrativo-contrattuali, con la sottoscrizione dei relativi Accordi di programma.

Gli esiti intermedi delle sperimentazioni iniziali, che hanno comunque consentito di confermare la prosecuzione delle attività, sono attualmente in fase di analisi, al fine di pervenire sia alla dovuta risoluzione le problematiche incontrate nel corso dello svolgimento di un intervento di tale specificità, sia alla definizione di linee di indirizzo da adottare ed estendere all'intero ambito penitenziario regionale.