



Ministero della Salute

dsg Dipartimento
di Scienze
Giuridiche



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO



Studio sull'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alle persone sieropositive o malate di AIDS ristrette in carcere

SINTESI DEL RAPPORTO DI RICERCA

**Unità Operativa 1 : Dipartimento Scienze Giuridiche dell'Università
degli Studi di Torino**

**Unità Operativa 2: Associazione Gruppo Abele ONLUS, ANLAIDS,
Caritas Italiana, CICA, CNCA, CNV, LILA, NPS**



Centro Nazionale Volontariato



Premessa metodologica

La presente ricerca è stata svolta attraverso un'analisi quali-quantitativa.

L'analisi qualitativa si è basata sulla somministrazione di interviste semi-strutturate sia ad operatori (sanitari e penitenziari) che a persone sieropositive con un trascorso in carcere.

Le interviste semi-strutturate agli operatori sanitari e penitenziari sono state svolte negli istituti penitenziari di tre regioni scelte in base al presupposto di una potenziale disomogeneità nell'erogazione dei servizi sanitari tra le varie regioni italiane, riscontrabile peraltro anche all'esterno degli istituti penitenziari. Pertanto si è scelto di prendere in considerazione una regione del Nord (il Piemonte), una del Centro (il Lazio) e una del Sud (la Sicilia). Nello specifico, la scelta della regione Sicilia è stata motivata altresì dal fatto di essere una regione a statuto speciale, dove, come noto, il passaggio di competenze è avvenuto secondo modalità più complesse rispetto alle regioni a statuto ordinario, essendo necessario un passaggio normativo ulteriore per il recepimento del DPCM.

In ogni regione interessata dalla ricerca si è provveduto a selezionare alcuni istituti penitenziari (tenendo conto anche della rappresentatività correlata alla grandezza e tipologia degli istituti), all'interno dei quali somministrare le interviste ad operatori penitenziari (nello specifico: direttori, educatori, responsabili di area trattamentale, agenti di polizia penitenziaria) e sanitari (nello specifico: dirigenti sanitari, medici incaricati, infettivologi, psicologi).

Sono state raccolte in totale 34 interviste (10 in Piemonte, 9 nel Lazio, 15 in Sicilia).

Con le interviste rivolte a persone sieropositive con un trascorso in carcere (25 in totale) si è inteso cercare un riscontro di quanto emerso nei colloqui con gli operatori attraverso la voce di chi ha vissuto l'assistenza sanitaria in qualità di fruitore del servizio. Le persone intervistate sono state selezionate tramite i servizi di accoglienza delle associazioni partner del progetto.

Per quanto riguarda, invece, l'analisi quantitativa, i questionari sono stati sottoposti da rappresentanti del volontariato e dell'associazionismo sociale a quattro differenti soggetti per ogni struttura (il dirigente sanitario, un altro medico o un infermiere, il direttore o il sovrintendente e un rappresentante del corpo di polizia penitenziaria), mentre la supervisione scientifica della ricerca è stata affidata al Gruppo Abele e a un'unità di ricerca della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

Più precisamente, sono stati coinvolti nella ricerca 48 medici (di cui 31 dirigenti sanitari), 16 infermieri, 30 direttori, 7 sovrintendenti, 6 agenti e 19 tra comandanti e ispettori di Polizia

Penitenziaria. Secondo una ripartizione per genere, dei 126 intervistati 88 sono uomini e 38 donne. 36 operatori prestano servizio in istituti collocati al nord, 52 al centro e 38 al sud e nelle isole. Oltre il 60% del campione ha precedenti esperienze lavorative in altri istituti. Il 4% degli intervistati è di età compresa tra i 26 e i 35 anni, il 31% tra i 36 e i 45, il 46% tra i 46 e i 55 e il 19% aveva più di 55 anni. Riguardo all'anzianità di servizio, l'11,9% del campione lavora in carcere da meno di due anni, il 16,7% da un periodo compreso tra i 2 e i 5 anni, il 19,8% tra i 6 e i 10 anni, il 27,8% da 11 a 20 anni e il 23,8% da più di 20 anni.

Malgrado una medesima ossatura, sono state predisposte tracce in parte differenti a seconda dei professionisti intervistati, tenendo conto degli ambiti di competenza.

1) Lo stato di attuazione della riforma

Il presente studio si inserisce nell'ambito dell'attuazione della riforma della sanità penitenziaria, che, come noto, ha ad oggetto il passaggio di competenze, in tema di sanità penitenziaria, dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230, realizzatosi con l'entrata in vigore del DPCM 1° aprile 2008.

Tra i principi ispiratori della riforma, come si può evincere dai riferimenti normativi summenzionati, vi è in primo luogo quello dell'uguaglianza, che si delinea sia in termini generali come parità di accesso (tra cittadini liberi e reclusi) all'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani regionali e in quelli locali, sia, in specificatamente, in termini di uguaglianza di genere (tra donne detenute e donne libere) e di nazionalità (tra italiani e stranieri, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia).

Sebbene la riforma dichiari nettamente la separazione di competenze tra le Aziende sanitarie locali, cui compete l'erogazione di prestazioni sanitarie, e l'amministrazione penitenziaria, alla quale resta il monopolio della sicurezza all'interno degli istituti, è interessante sottolineare il riferimento ricorrente ad altri due principi, nello specifico:

- *Collaborazione interistituzionale* tra Stato, regioni, comuni, aziende sanitarie locali, istituti penitenziari, nella realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria, per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.
- *Globalità dell'intervento*: unitarietà dei servizi e delle prestazioni, integrazione della assistenza sociale e sanitaria, garanzia della continuità terapeutica.

Tali principi delineano la consapevolezza del legislatore della portata della riforma e delle conseguenti difficoltà di carattere organizzativo che la sua attuazione necessariamente implica. Di conseguenza, l'attenzione è posta sulla necessità della collaborazione tra i due Ministeri coinvolti, quello della Giustizia e quello della Salute e, ai vari livelli, tra i vari soggetti che all'interno di essi operano. Vedremo in seguito come tale aspetto è stato definito frequentemente come fattore chiave, spesso problematico, dagli addetti ai lavori intervistati.

La riforma, entrata in vigore il 1 aprile 2008, è al momento, come si è detto, in fase di realizzazione. A questo proposito nel corso dello svolgimento della ricerca abbiamo riscontrato una situazione a macchia di leopardo tra le varie regioni italiane. Alcune testimonianze, soprattutto di persone uscite

dal carcere, hanno messo in luce tuttavia come la situazione di forte disomogeneità (in termini di diversa attenzione alle problematiche sanitarie, di cura e assistenza), risultasse già precedentemente alla riforma.

Come era prevedibile, essendo la materia sanitaria una competenza regionale, le differenze nella fornitura di servizi sanitari di cura, assistenza e riabilitazione, si sono accentuate a seguito dell'approvazione della riforma. Abbiamo riscontrato che alcune regioni hanno costituito tavoli regionali di confronto tra esponenti dell'assessorato alla sanità e dell'amministrazione penitenziaria, nell'ottica di applicare quel principio di collaborazione interistituzionale richiamato dalla legge e cui si faceva cenno più sopra. È il caso per esempio della Toscana o del Piemonte, per lo meno in una prima fase. Altre regioni, invece, sono arrivate meno preparate a tale cambiamento e questo spesso ha comportato una crescente confusione negli addetti ai lavori, sul proprio ruolo e sulle modalità attraverso cui operare oltre ad un processo di de-responsabilizzazione e di immobilismo. Il caso della Sicilia, tra le regioni oggetto della ricerca, è emblematico in tal senso, poiché in tale regione si concentrano le maggiori lentezze, confusioni e criticità in tema di tutela dei diritti legati alla salute per le persone ristrette. E di questo sono sembrati consapevoli (e preoccupati) gli stessi operatori intervistati.

Al di là delle differenze regionali, in generale è indubbio che una serie di criticità abbiano caratterizzato il passaggio di competenze su tutto il territorio nazionale. Possiamo raggruppare queste molteplici problematiche in quattro macro-aree:

- 1) la questione strutturale/ambientale;
- 2) la questione organizzativa;
- 3) la questione culturale;
- 4) la questione finanziaria.

La questione strutturale/ambientale

"Il carcere è un ambiente di per sé patogeno", ci è stato riportato da molti operatori intervistati, soprattutto sanitari, ma non solo. Alcune condizioni delle carceri italiane odierne sono ben lungi dal consentire la realizzazione di quel principio di "equivalenza delle cure" tra il dentro e il fuori, alla base della riforma stessa.

Tra i fattori "ambientali" che determinano l'impossibilità di tutelare appieno il diritto alla salute negli istituti di pena italiani vi sono innanzitutto l'inadeguatezza di locali e attrezzature oltre al sovraffollamento.

Per quanto riguarda i locali e le attrezzature dalla ricerca è emerso che da un punto di vista formale non ci sono state significative difficoltà nel passaggio di competenze al servizio sanitario nazionale.

Tuttavia, dal punto di vista sostanziale, si sono verificate spesso situazioni di stallo nel loro utilizzo poiché in molti casi sono risultate non a norma secondo i parametri delle Asl e pertanto ad oggi non sono ancora utilizzati.

La questione è risultata particolarmente critica in Sicilia, dove il passaggio, come noto, non è ancora avvenuto e comunque si riscontra tra gli addetti ai lavori una visione pessimistica rispetto alla possibilità di realizzare un'uguaglianza di trattamento rispetto all'esterno.

Oltre all'inadeguatezza di molte strutture, il dato che desta maggiore preoccupazione è quello relativo agli alti tassi di sovraffollamento che caratterizzano gli ultimi anni l'esecuzione penale nel nostro paese. Questo, congiuntamente alla carenza di risorse che colpisce in questa fase storica sia l'ambito sanitario che quello della giustizia, fa sì che si producano una serie di "disservizi" che si traducono nella non tutela del diritto alla salute per la persona detenuta. Sono state registrate in alcuni casi riduzioni del personale, in particolare di specialisti, con la conseguente necessità di svolgere le visite mediche specialistiche all'esterno; tuttavia molti operatori ammettono che accade frequentemente che non si riesca ad organizzare la scorta per accompagnare all'esterno le persone ristrette; ciò determina l'annullamento del consulto specialistico con tutte le conseguenze immaginabili in termini di aggravio delle condizioni di salute e di disagi diffusi.

Tale criticità sembra riguardare trasversalmente tutte le regioni e costituisce uno degli elementi di maggior frizione tra operatori sanitari e penitenziari. I medici, infatti, ritenendo che la strada sia ancora molto lunga per ottenere miglioramenti apprezzabili nell'erogazione dell'assistenza (presenza negli istituti di una gamma completa di medici specialisti), considerano inevitabile il massiccio ricorso a ricoveri e visite esterne, nonostante tutte le difficoltà da esso derivanti. La maggior possibilità di affidarsi alle traduzioni presso presidi ospedalieri è considerata comunque una conquista derivante dalla maggiore autonomia professionale acquisita; infatti in precedenza ottenere le autorizzazioni per trasferire un detenuto presso una struttura sanitaria esterna era molto più problematico, poiché le direzioni tendevano a limitarle il più possibile per esigenze organizzative interne.

Gli operatori penitenziari, tuttavia, si sono lamentati spesso, sostenendo che il ricorso a visite e ricoveri esterni sia molte volte uno strumento abusato che non considera le difficoltà per il personale di custodia. Alcuni non hanno esitato a definire il fenomeno come una vera e propria forma di "turismo sanitario". Per questa ragione oltre il 60% del personale di polizia penitenziaria coinvolto nella ricerca sostiene che in seguito alla riforma vi sia stato un consistente aumento del carico di lavoro per gli agenti.

Gli esempi più sopra delineati si intrecciano con la questione organizzativa, riassumibile nella necessità avvertita unanimemente dagli operatori di definire un *modello organizzativo* uniforme e

chiaro.

La questione organizzativa

In molte regioni sono stati avviati tavoli di lavoro in vista della concreta applicazione della riforma stessa, che hanno coinvolto esponenti regionali dei due ministeri, rappresentanti locali di ASL e istituti penitenziari e, a seconda dei contesti: medici e operatori penitenziari (afferenti sia al settore adulti che a quello minorile), personale dei servizi psichiatrici e delle dipendenze, garanti locali per i diritti dei detenuti, esperti a vario titolo. L'obiettivo di tali tavoli è stato sostanzialmente l'instaurazione di un dialogo tra chi, fino a pochi anni fa, agiva su binari paralleli e a seguito della riforma è stato invece chiamato a lavorare a stretto contatto. Da un punto di vista operativo, i tavoli sono stati la sede di preparazione dei protocolli di intesa e delle dichiarazioni di intenti che in qualche modo avrebbero dovuto diventare buone prassi per la costruzione delle collaborazioni tra ASL e istituti penitenziari.

Dall'analisi del funzionamento di tali organismi possiamo dedurre il marcato segnale di disomogeneità con cui la riforma è stata recepita sul piano territoriale: ci sono regioni in cui i tavoli sono stati attivati per tempo e hanno lavorato in maniera proficua in quanto i protocolli sono stati discussi e approvati e, in seguito, applicati a livello locale. In altre regioni, invece, i tavoli non sono stati attivati o hanno operato in modo non sistematico, senza arrivare alla stesura di alcun protocollo.

Il Piemonte viene in genere collocato tra le regioni che hanno avviato per tempo delle forme di collaborazione istituzionali proficue. Tuttavia, chi ha seguito il percorso di coordinamento a livello regionale del passaggio di competenze, talvolta lamenta la difficoltà del compito determinata dall'assenza di disposizioni nazionali in tal senso. Inoltre, anche in una regione come il Piemonte, in cui un tavolo di lavoro è stato attivato e ha funzionato in una prima fase, non mancano lamentele sulla concreta attuazione delle decisioni prese in sede istituzionale. In questa regione seppur il dialogo si sia attivato in una prima fase non mancano disagi fra gli operatori a causa dell'altalenanza dei lavori di coordinamento e delle difficoltà a dare concreta applicazione agli accordi regionali.

Dalle testimonianze raccolte nella regione Lazio emerge una certa divergenza tra gli operatori nella percezione del livello di collaborazione organizzativa messo in atto, sebbene i gruppi di lavoro abbiano iniziato a interagire, spesso sfidando le modalità di organizzazione burocratica che caratterizzano sia l'amministrazione penitenziaria che il sistema sanitario.

La creazione di tavoli di lavoro e la formalizzazione di accordi di collaborazione in protocolli d'intesa costituiscono dunque secondo la maggior parte degli intervistati il primo passo da compiere per delineare un modello organizzativo e dei principi guida che orientino le decisioni delle figure

coinvolte in questo processo. Tuttavia, essi di per sé non garantiscono la immediata traducibilità in buone prassi, soprattutto se viene a mancare un processo di consapevolezza e responsabilizzazione rispetto ai ruoli: infatti, sono le persone a contare più della forma.

La Sicilia, come sopra ricordato, è l'unica regione italiana tra tutte quelle a statuto speciale a non aver ancora provveduto a recepire il DPCM. È opinione comune degli operatori intervistati che la "questione organizzativa", sia pertanto ancor più critica in questa regione.

Le ricadute operative delle "disfuzioni organizzative" sono molteplici. Come già accennato, la più rilevante criticità è rappresentata dalle visite esterne, che, come detto, spesso non vengono effettuate per la mancanza di personale di polizia penitenziaria che accompagni il detenuto. Tale problematica è strettamente connessa (e aggravata) dalla riduzione del numero degli specialisti che entrano in carcere per realizzare le visite. Interrogati sulla continuità dei rapporti contrattuali del personale medico, molti intervistati hanno affermato che il passaggio di competenze previsto dalla riforma ha dato luogo a casi di mancato rinnovo.

Esiste, inoltre, una criticità legata agli "appesantimenti burocratici" legati al fatto che l'operatore sanitario, pur rispondendo del proprio operato al direttore sanitario, si trova nel concreto a doversi interfacciare anche l'amministrazione penitenziaria. In questi casi, molti sottolineano come sia fondamentale la collaborazione tra i due sistemi nell'individuazione di procedure più snelle.

Da molte interviste emerge come, in assenza di modelli organizzativi istituzionalizzati, il buon funzionamento del servizio sanitario in carcere dipenda in gran misura dalla variabile umana. Un buon servizio sembra dipendere in primo luogo dalla disponibilità alla collaborazione tra i ruoli direttivi di istituto penitenziario e ASL.

Se tale collaborazione è riconosciuta come un elemento di fondamentale importanza da pressoché tutti gli intervistati, non tutti concordano sul fatto che la buona riuscita dell'applicazione della riforma debba essere lasciata alle volontà dei singoli e in questo senso lamentano ancora una volta la carenza di indicazioni operative ministeriali e regionali. Una parte degli operatori, invece, rivendica l'importanza della buona volontà dei singoli, anche in termini di *responsabilizzazione*, concetto quanto mai difficile da applicare in organizzazioni complesse quali un carcere o un' ASL.

Il pragmatismo, l'informalità, la collaborazione, assumono così un ruolo centrale nella realizzazione di un servizio sanitario nuovo. E in genere l'impressione è che i servizi funzionino meglio laddove le buone prassi sono realizzate attraverso lo snellimento di procedure macchinose e la sperimentazione informale di processi nuovi, che poi chiaramente andranno formalizzati.

La questione culturale

Più volte, nel corso dello svolgimento delle interviste, è stata evidenziata la necessità di superare

determinati retaggi culturali che ostacolano l'applicazione dei principi della riforma: l'idea che la sanità sia ancora una questione di competenza dell'amministrazione penitenziaria, il conflitto atavico tra garanzia della cura e tutela della sicurezza, le ritrosie nell'integrazione di un ente esterno, ecc.

Alcuni operatori sanitari ritengono che i più grandi ostacoli all'implementazione della riforma siano proprio di ordine culturale, in relazione al fatto che il carcere è inteso come istituzione totale, con proprie regole, dinamiche, retaggi culturali, che per lungo tempo gli stessi medici sembrano aver fatto propri essendo *dipendenti* dell'amministrazione penitenziaria.

Da parte dell'amministrazione penitenziaria, d'altra parte, viene in genere presentata la criticità rappresentata da un personale sanitario "nuovo" che non conosce le dinamiche carcerarie e che immagina di poter operare esattamente come all'esterno. È soprattutto la polizia penitenziaria che esprime tale preoccupazione e che sottolinea la necessità di interpersi tra il medico e il paziente, per garantire la sicurezza innanzitutto, ma altresì per trasmettere ai nuovi medici quelle conoscenze delle dinamiche carcerarie ritenute indispensabili per poter operare all'interno.

Anche i direttori e gli operatori del trattamento talvolta esprimono il timore legato all'ingresso di nuovi medici senza pregressa esperienza, facendo spesso riferimento all'idea che la medicina penitenziaria sia una specializzazione e che siano necessarie competenze specifiche per relazionarsi con un paziente che è al contempo detenuto.

Anche alcuni medici intervistati sostengono che se da un lato permane il rischio dell'auto-referenzialità tipico dell'istituzione totale, allo stesso tempo si affaccia quello opposto correlato ad un atteggiamento di "arroganza" da parte dei nuovi medici che fanno ingresso per la prima volta in carcere (l'atteggiamento dell'"ora arrivo io e risolvo tutto").

In questi casi spesso la trasformazione delle relazioni viene raccontata in termini di *"irrigidimento delle relazioni"* che prima erano descritte quasi come familiari (*"rapporto fraterno"*), che univano coloro che lavoravano sotto lo stesso cappello, il Ministero della Giustizia, all'interno di un'istituzione complessa quale è il carcere. Una maggiore freddezza da parte dei medici viene individuata dagli operatori penitenziari come uno degli effetti del cambiamento di cappello istituzionale. Non mancano casi, tuttavia, in cui l'ingresso di medici nuovi e soprattutto giovani viene salutato con favore dagli stessi direttori.

Anche i medici talvolta ritengono che il medico penitenziario debba possedere delle "doti particolari", una specializzazione, per poter lavorare in carcere e, conseguentemente, per potersi interfacciare con le persone ristrette nel delicato equilibrio tra cura e sicurezza. Inoltre il personale sanitario riconosce che l'aver lavorato per anni all'interno di un istituto penitenziario facilita i rapporti con il personale di custodia; il momento dell'ingresso, in tal senso, può costituire una

difficoltà nelle relazioni.

Tali cambiamenti vengono valutati anche in termini positivi da una parte dell'amministrazione penitenziaria, che saluta con favore l'interfacciarsi dei propri operatori con un ente esterno, autonomo e specificatamente deputato alla fornitura di servizi sanitari.

Infine, riguardo al livello di autonomia professionale dei medici, dalle risposte fornite non paiono essersi registrati progressi significativi. Alcuni medici però esprimono atteggiamenti fiduciosi in quanto ritengono che l'applicazione della riforma sia garanzia della propria autonomia professionale: ritengono infatti che l'atteggiamento poco collaborativo da parte del personale penitenziario non consenta tuttora al medico di realizzare appieno la propria professionalità all'interno del carcere in cui lavora e questo viene in genere ricondotto alla persistente cultura penitenziaria auto-referenziale e autoritaria.

La parte più "autocritica" dell'amministrazione penitenziaria ammette l'esistenza di tali retaggi culturali e di una sorta di difficoltà, da parte dell'amministrazione stessa, nell'accettare che un soggetto, percepito come ente esterno, intruso, prenda le redini della gestione di un settore, quello sanitario, che a detta della maggior parte degli operatori penitenziari non può essere del tutto scollegato dall'amministrazione del carcere stesso.

Come vedremo, per risolvere l'irrigidimento dei rapporti o comunque per stimolare un maggiore dialogo e una maggior comunicazione tra operatori penitenziari e sanitari, viene ritenuta indispensabile un'attività formativa specifica sulla riforma della sanità penitenziaria, al fine di giungere ad una condivisione di modalità operative da adottarsi.

La questione finanziaria

Un ultimo livello di criticità su cui vorremmo concentrare l'attenzione riguarda la questione finanziaria. La riforma ha visto la luce in un momento di estrema carenza di risorse, sia del sistema giustizia che di quello sanitario e questo ha inciso e incide non poco sull'impatto della applicazione della riforma stessa.

La carenza di risorse ha effetti molto concreti nella carenza di tutela della salute; alcuni operatori ritengono tale carenza conseguente alla riduzione dei servizi sanitari offerti o alla difficoltà di accesso ai farmaci. Ai quesiti che richiedevano di fornire un parere soggettivo sull'eventuale miglioramento dell'offerta terapeutica (in termini di livello delle prestazioni sanitarie, di possibilità di svolgere attività di prevenzione, di tutela del diritto alla riservatezza, di possibilità di accedere alla cartella clinica, di disponibilità di farmaci, di maggior presenza di medici specialisti e di personale sanitario in generale) è stato risposto con maggior frequenza statistica che non sono stati notati mutamenti significativi. Piuttosto frequenti i casi di intervistati che hanno affermato che la

riforma abbia comportato un peggioramento generale del servizio sanitario in carcere.

Molti tra gli intervistati affermano che la riforma potrebbe raggiungere gli obiettivi prefissati solo se si investisse maggiormente in risorse di personale.

Anziché, la carenza di risorse, riconosciuta da pressochè tutte le figure professionali intervistate, determina una situazione di incertezza tra gli operatori, con conseguenze rilevanti sulla qualità dei servizi sanitari erogati. La situazione di "malessere" ha poi delle inevitabili ricadute nella percezione delle persone detenute, che si sentono in misura sempre maggiore "cittadini di serie B".

Tale situazione ha determinato inoltre la individuazione di strategie atte a riorganizzare alcuni servizi, sia attraverso la creazione di *scale di priorità* (si pensi alle visite esterne o agli specialisti), sia attraverso la scelta di ricorrere ai farmaci generici, che hanno notoriamente dei costi più contenuti.

Alcuni operatori, sanitari soprattutto, valutano in modo più favorevole gli aspetti conseguenti alla riorganizzazione delle risorse, ritenendo che la riforma abbia portato ad una razionalizzazione dei costi oltre che ad un adeguamento delle retribuzioni per le prestazioni specialistiche che si sono adeguate a quelle degli specialisti operanti sul territorio (secondo alcune testimonianze, infatti, le parcelle degli specialisti risultavano spropositatamente più alte).

I motivi principali del malcontento degli operatori intervistati paiono attribuibili al fatto che al passaggio di competenze non sono conseguiti quegli investimenti necessari per un'auspicata crescita numerica di personale e per l'adeguamento delle apparecchiature mediche.

Sebbene il legislatore avesse previsto una riforma a costo zero, l'aumento delle risorse da investire è quindi, nell'opinione degli addetti ai lavori, indispensabile affinché il livello di prestazioni sanitarie non peggiori.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si ritengono utili le seguenti raccomandazioni:

- Condivisione delle finalità del DPCM con le persone detenute al fine di creare maggiore consapevolezza rispetto alle dinamiche organizzative penitenziarie. In tal senso occorre sottolineare che l'art. 1, comma 3, del D.lgs. 230/99 prevede esplicitamente l'organizzazione di incontri con le rappresentanze dei detenuti e del volontariato penitenziario sulla sanità penitenziaria (dalla ricerca è emerso, tuttavia, come solo in rarissimi casi, di fatto, tali incontri siano stati organizzati all'interno degli istituti oggetto della ricerca).
- Adeguamento del personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) in termini sia numerici che formativi e motivazionali rispetto allo svolgimento del proprio servizio in ambito carcerario, al fine di garantire alle persone private della libertà le stesse opportunità di prevenzione e cura garantite ai cittadini liberi.

- Promozione dell'acquisizione di maggior consapevolezza in ordine alle ripercussioni positive sulla collettività di una adeguata assistenza sanitaria all'interno delle carceri; si eviterebbero costi maggiori dovuti all'aggravamento e/o agli esiti invalidanti che avrebbero potuto essere efficacemente contrastati.
- Stesura da parte dell'ASL territorialmente competente e divulgazione all'interno degli istituti carcerari della " Carta dei Servizi sanitari per le persone detenute", così come previsto dalla legge (art. 1, comma 3 Dlgs 230/99).
- Realizzazione di un coordinamento a regia regionale tra il sistema penale e quello sanitario volto a rendere concretamente fruibile, mediante la formalizzazione di accordi di collaborazione e procedure snelle, quanto stabilito dal DPCM del 1 aprile 2008 relativo al passaggio della medicina penitenziaria al SS, ed al miglior utilizzo delle risorse.
- Sostituzione delle attrezzature e dei beni non a norma secondo la legislazione vigente

2) La salute in carcere: prestazioni e servizi per i detenuti

Come già accennato in precedenza, la centralità della persona detenuta e del suo diritto alla salute sono due questioni chiave, attorno a cui si sviluppano le disposizioni del Dpcm del 1 Aprile 2008.

Tali previsioni di legge sanciscono in modo chiaro le responsabilità e le competenze dei vari organi del Servizio Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, Regioni e ASL) all'interno delle strutture penitenziarie. In linea con il dettato costituzionale in base al quale la salute è un diritto fondamentale, la riforma intende assicurare che la tutela della salute sia garantita allo stesso modo sia all'interno che all'esterno degli istituti penitenziari. Gli obiettivi fissati si possono ritenere coerenti con una nozione di salute intesa come "bene collettivo" e, rispetto alla quale, lo Stato ha interesse a divenire "gestore esclusivo della Sanità" e a fornire continuità di trattamento tra cittadini liberi e detenuti (Mustich A., 2011).

Si è ritenuto, dunque, fondamentale soffermarsi sull'approfondimento delle questioni relative alla "presa in carico sanitaria" della persona detenuta da parte dell'amministrazione penitenziaria, a partire dal momento dell'ingresso in carcere. A tal proposito, si è deciso di dedicare un'attenzione particolare a tutti quegli strumenti, quali la possibilità di accedere a prestazioni e servizi, le attività di informazione ed educazione sanitaria che, anche secondo le direttive europee, possono essere realizzate sin dal momento d'inizio del periodo di restrizione e accompagnare la persona per tutto il periodo di detenzione.

A questo livello, inoltre, si è cercato di valutare la qualità dei servizi offerti in termini di: disponibilità di materiali di prima necessità, disponibilità di informazioni relative ai propri diritti, supporto psicologico, accessibilità a indagini diagnostiche e trattamenti sanitari, disponibilità ad individuare le esigenze più sentite dai detenuti.

L'ingresso in carcere: alcuni aspetti

Un primo livello di criticità può essere individuato nel fatto che un numero considerevole di operatori (27,4%) ha dichiarato che, nell'istituto in cui svolge la propria attività, non esiste un presidio Nuovi Giunti, come si evince dalla tabella seguente.

Presidio nuovi giunti

		Percentuale
Validi	no	27,4
	sì	70,5
	Totale	97,9
Mancanti	Mancante di sistema	2,1
Totale		100,0

Il momento d'ingresso in carcere può essere considerato importante e delicato per diverse ragioni: da un lato, in tale fase, si raccolgono le informazioni di tipo anagrafico e anamnestico sulla base delle quali verranno prese le successive decisioni, a partire da quelle organizzative, relative alla collocazione del detenuto all'interno del carcere; dall'altro lato, tale momento è caratterizzato da una profonda complessità psicologica per la persona appena entrata.

Per le suddette ragioni si è considerato rilevante approfondire la conoscenza delle prassi diffuse in questa fase.

L'ordinamento penitenziario prevede che proprio al momento dell'ingresso siano forniti alcuni materiali di prima necessità: prodotti per l'igiene personale, oggetti di uso domestico, materiali per disinfettare, vestiario, ecc.

Il 90,8% degli operatori che hanno risposto in merito alla distribuzione di tali materiali si sono espressi in modo affermativo sulla questione, ma una lettura più approfondita dei dati permette di distinguere tra beni la cui presenza è più diffusa e beni che scarseggiano.

Secondo il 50% degli operatori raggiunti dal questionario non vi è disponibilità di prodotti per l'igiene degli ambienti né di vestiti da distribuire, nonostante siano molto frequenti i casi di ingressi di persone, spesso di origine straniera, che non dispongono dell'essenziale per soddisfare tali esigenze basilari. La situazione sembra ancora più critica se ci si riferisce alla consegna di opuscoli informativi circa i diritti dei detenuti (distribuzione dell'ordinamento penitenziario ed estratto regolamento interno) ed a nozioni di prevenzione sanitaria (opuscoli con informazioni sulla salute e sulla prevenzione della diffusione dell'Hiv e di altre malattie sessualmente trasmesse). Rispondono in modo negativo o comunque non sono a conoscenza della distribuzione di tale tipologia di materiale oltre il 60% degli operatori; tale percentuale sfiora il 70% specie nel caso di distribuzione di materiali relativi all'Hiv e alle malattie sessualmente trasmesse.

Un'altra prestazione fondamentale prevista per legge al momento dell'ingresso in carcere è il colloquio con uno psicologo; purtroppo, però, una percentuale significativa di operatori (14,2%) ha segnalato l'impossibilità di realizzarlo in tale fase. Coloro che dichiarano l'esistenza di questa prassi

nel 20,7% dei casi sostengono che sia possibile entro il giorno stesso dell'entrata in istituto, nel 44,8%, entro il giorno successivo e, nel 24,1%, entro una settimana dall'ingresso.

Quasi un quarto, poi, di coloro che hanno affermato che il colloquio non può essere garantito a tutti, hanno stimato che la percentuale del numero di detenuti ai quali è negato tale diritto può ritenersi compresa tra il 76% e il 100%.

Il momento d'ingresso è anche quello in cui i detenuti manifestano delle richieste relative alle proprie condizioni personali; secondo gli operatori intervistati, però, sono pochi quelli che in questa fase avanzano l'esigenza di sostegno legale e di sostegno per i familiari.

Piuttosto sono altri i bisogni più spesso manifestati: cure mediche, sostegno socio-assistenziale, sostegno psicologico.

Inoltre, all'arrivo in carcere, secondo gli operatori, ai detenuti viene offerta la possibilità di avere accesso a tutta una serie di esami clinici: emocromo (54,2%), Test TBC (73,3%), TPHA RW (75,4%), markers virali epatite A (52,5%), epatite B (82%), epatite C (83,6%), HIV (95,2%) ed eventualmente cataboliti urinari per stupefacenti (74,6%).

È importante sottolineare, però, che la possibilità di svolgere tali esami non è sinonimo della loro reale effettuazione; infatti, le informazioni di approfondimento raccolte sul tema dell'Hiv, permettono di affermare che, molto spesso, all'offerta corrisponde una bassa accettazione della proposta.

La continuità delle cure

Nell'ottica della valutazione delle iniziative previste per il raggiungimento di un'equità di cura, così come concettualizzata da Sen e poi ripresa dall'OMS in termini di "principio di equivalenza delle cure", si è cercato di indagare "l'effettiva possibilità di utilizzo di servizi per raggiungere un effettivo stato di salute", da parte delle persone ristrette (Associazione SocietàINformazione, 2011). Questi principi si traducono essenzialmente nella garanzia di continuità di cure; è dunque fondamentale ricordare che, in tale prospettiva, il momento dell'ingresso e quello delle dimissioni necessitano di particolare attenzione.

Gli operatori hanno sostenuto l'importanza di garantire tale continuità soprattutto perché la sospensione della terapia può causare problemi, ad esempio, l'insorgenza di resistenza al farmaco e pertanto avere conseguenze importanti sul quadro clinico personale.

Per tali ragioni risulta essenziale garantire la continuità dell'assunzione della terapia sia al momento di ingresso, che al momento della dimissione; in quest'ultimo caso è utile consegnare alla persona in uscita una scorta di farmaci, pur nella consapevolezza che la continuità della cura è affidata alla scelta dell'individuo.

Nella fase d'entrata in istituto si rilevano degli elementi di criticità che attengono principalmente all'impossibilità di avere a disposizione i farmaci necessari; ciò può accadere, ad esempio, per motivi organizzativi dovuti al fatto che l'approvvigionamento dei farmaci avviene solo in alcuni giorni della settimana e si può rimanere quindi sprovvisti del medicinale specifico.

Sui farmaci si generano ancora alcuni problemi se avviene la loro sostituzione con farmaci equivalenti (sostituzione di cui, secondo l'89,2% degli operatori, i detenuti sono sempre informati) e che determina lamentele; altre difficoltà si verificano se, al momento dell'ingresso, la persona arriva sprovvista dei farmaci e non riesce neanche ad indicarne il nome. In questi casi spetta ai medici adoperarsi per contattare la struttura sanitaria che ha avuto in carico la persona.

Nonostante tali aspetti di difficoltà i risultati della somministrazione dei questionari mostrano che l'83,3% degli operatori ha sostenuto l'effettiva possibilità di assicurare la continuità della cura, così come la possibilità di ottenere rapidamente eventuali farmaci non presenti all'interno della struttura. Il 39% degli operatori, a questo proposito, ha dichiarato che il medicinale richiesto è sicuramente disponibile in un arco di tempo compreso tra 0 e 12 ore; il tempo massimo di attesa sembrerebbe attestarsi intorno alle 48 ore.

Gli ex detenuti sieropositivi, però, parlano di attese a volte più lunghe e di interruzioni della terapia obbligate e prolungate.

Se questa è la descrizione di quanto si verifica al momento dell'ingresso, attraverso le interviste qualitative agli operatori sanitari del carcere, si è cercato di ricostruire anche alcuni dettagli relativi alla fase di scarcerazione. Le opinioni, a questo proposito, risultano contrastanti poiché sembrano diverse le evoluzioni della cura: da un lato il carcere appare come un luogo di aggancio di certe tipologie di pazienti che vengono difficilmente raggiunti fuori e che sulla base, in particolar modo, della relazione che si viene ad instaurare tra medico e paziente sono incentivati, una volta usciti dal carcere, a continuare le terapie attraverso i servizi sanitari esterni. Gli operatori segnalano, a questo proposito che la permanenza in carcere può essere occasione per far sviluppare alle persone una certa sensibilità circa l'importanza della cura e per motivare alcuni detenuti meno attenti a prendersi cura della propria salute.

Dall'altro lato, come già detto, gli operatori sottolineano che la continuità della cura dipende molto dalla volontà del singolo soggetto e che talvolta questi possa curarsi meglio fuori, dove non vive l'interesse contrapposto di avere una condizione di salute più precaria che può favorire il provvedimento di scarcerazione. Gli operatori infatti notano che sovente al rientro in carcere le persone presentano condizioni di salute migliori di quando sono uscite. Fuori, infatti, è probabile che il coinvolgimento attivo del soggetto nel percorso di cura sia maggiore e, di conseguenza, l'intervento più efficace.

A questo proposito, anche dalle interviste agli ex detenuti, emerge che la continuità di cura al momento della dimissione è anche responsabilità del singolo in quanto dipende dalla sua volontà di recarsi presso le strutture sanitarie per il proseguimento delle terapie.

Un'ulteriore criticità, secondo gli operatori, riguarda i tempi di dimissione: a volte la notizia della scarcerazione non giunge (o giunge in ritardo) al personale medico che non ha dunque la possibilità di fornire al soggetto la terapia o la lettera di dimissione.

Le visite mediche

Il questionario prevedeva inoltre alcune domande finalizzate ad esplorare il ricorso a visite mediche con personale di fiducia, così come la possibilità di accedere a visite specialistiche e a ricoveri esterni.

Benché l'accesso a visite con medici di fiducia non sembri comportare particolari difficoltà, la frequenza con la quale queste vengono richieste è bassa. L'87,3% del campione di operatori, in proposito, ha affermato che solo una percentuale compresa tra lo 0 e il 25% dei detenuti ne ha fatto ricorso. Quando ciò accade, secondo l'86% degli operatori intervistati, non si riscontrano particolari difficoltà.

Il fenomeno dello scarso ricorso a tale tipo di visite appare facilmente spiegabile, alla luce del fatto che la maggior parte della popolazione detenuta appartiene alle fasce socialmente più deboli (senza dimora, migranti), ovvero quelle che con più difficoltà possono permettersi rapporti terapeutici privati o comunque duraturi nel tempo.

E' stata inoltre indagata la possibilità dei detenuti di accedere a visite e ricoveri esterni: i dati, a questo proposito, hanno mostrato che il tempo medio di attesa per le visite e i ricoveri esterni, secondo gli operatori intervistati, non differirebbe significativamente da quello a cui sono soggetti i cittadini liberi.

Secondo la maggior parte degli operatori, l'attesa si andrebbe a collocare nella fascia temporale compresa tra 6 e 60 giorni (in particolare, secondo il 37,8% degli operatori raggiunti, tali tempi sarebbero compresi tra 16 e 30 giorni).

È da segnalare, tuttavia, come le attese rappresentino una delle problematiche percepite con maggior disagio dai detenuti, dato confermato dal 38,7% degli operatori.

Le persone ristrette, inoltre, possono aver necessità di essere ricoverate presso strutture ospedaliere esterne. Secondo le affermazioni degli operatori ciò è dovuto principalmente alla necessità di interventi chirurgici (34,5 %) oppure di cure specialistiche specifiche come quelle cardiache (22,1%). Altri motivi ricorrenti sono individuabili negli atti di autolesionismo e nelle patologie psichiatriche e oncologiche.

Circa le eventuali difficoltà a reperire strutture sanitarie esterne per il ricovero di detenuti, il 72,3% degli intervistati ha affermato che il problema non sussiste.

La necessità di verificare la possibilità di un intervento tempestivo in caso di “eventi critici” o comunque in situazioni di emergenza sanitaria, è stata indagata facendo riferimento alla presenza, all'interno dell'istituto penitenziario, di un servizio di guardia medica 24 ore su 24 e alla distanza tra l'istituto di pena e il dipartimento di emergenza più vicino. In oltre l'85% dei casi è stata dichiarata la presenza continuata del servizio di guardia medica, e il 66,7% degli intervistati ha affermato la presenza di un DEA nell'arco di 5 km dal carcere.

La percezione del rischio di ammalarsi

Con alcune domande ci si è posti l'obiettivo di indagare quali siano, secondo la percezione degli operatori, i maggiori rischi per la salute dei detenuti.

Riguardo all'eventualità di contrarre patologie due elementi di criticità maggiore risultano essere l'eventualità di soffrire di disturbi psicologici dovuti all'isolamento e alla mancanza di una vita affettiva e relazionale (il 34% del campione lo considera il rischio principale) e la possibilità di contrarre malattie trasmissibili (maggior fattore di rischio per il 30% degli intervistati).

Circa i risultati concernenti il rischio di contrarre patologie infettive durante il periodo di detenzione, le malattie della pelle figurano al primo posto (il 19,7% del campione afferma che il rischio sia alto) seguite da tubercolosi e scabbia (rischio alto rispettivamente secondo il 14,8% e il 14,4% degli operatori), seguite in ordine decrescente dall'epatite B e C. L'eventualità della trasmissione di epatite, Hiv, e di altre malattie sessualmente trasmissibili, della meningite e dell'epatite A è contemplata come un rischio non secondario ma considerata meno probabile.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si ritengono utili le seguenti raccomandazioni:

- ⤴ Garantire la continuità dello stesso trattamento farmacologico seguito dalla persona sia all'ingresso in carcere che in occasione di trasferimenti, permessi, scarcerazioni;
- ⤴ Potenziamento del dialogo tra i servizi esterni che hanno avuto in carico la persona e le strutture interne, al momento dell'ingresso in carcere;
- ⤴ Garanzia della costante fornitura dei farmaci antiretrovirali utilizzati nella terapia anti-HIV/AIDS, in modo omogeneo in tutti gli istituti di pena;
- ⤴ Offerta di un trattamento farmacologico rispondente a quanto disposto dalle linee guida ministeriali, così come avviene nei confronti dei cittadini liberi;
- ⤴ Garanzia della disponibilità degli esami di laboratorio utili al monitoraggio clinico;

⤴ Potenziamento delle possibilità di fruire di visite specialistiche di controllo da parte delle persone detenute affette da HIV/AIDS;

⤴ Promozione dell'applicazione delle misure alternative alla detenzione, come previsto dalla normativa vigente;

⤴ Promozione della continuità di cura al momento della scarcerazione, sia mediante tempestiva comunicazione al medico affinché possa predisporre la fornitura delle terapie e la relazione relativa al quadro clinico presentato dall'interessato, sia mediante la facilitazione del proseguimento trattamento presso un centro specialistico territoriale;

⤴ Promozione della continuità di cura al momento della dimissione dall'istituto di pena anche per i cittadini stranieri non in regola con le norme di soggiorno, ai sensi dell'art. 35 del D.L.vo n. 286/1998 e successive modifiche ("...ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed in infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva");

⤴ Rilascio della copia della cartella clinica, su richiesta dell'interessato, al momento della sua dimissione dall'istituto di pena.

4) Popolazioni detenute e misure specifiche di trattamento

Il lavoro di ricerca ci ha permesso di raccogliere alcune informazioni relative alle misure di tutela della salute attivate nei confronti di specifici target di popolazione detenuta, al fine di ricostruire l'esistenza di pratiche di cura che tengano in considerazione le condizioni differenti delle persone recluse.

Nonostante la popolazione di riferimento sia caratterizzata da una certa eterogeneità, è possibile individuare alcuni nuclei la cui presenza ha raggiunto, allo stato attuale, una numerosità consistente. Si tratta, tra gli altri, di persone con problemi di tossicodipendenza e persone di origine straniera che costituiscono buona parte degli individui ristretti, confermando l'affermarsi del carcere quale struttura che sempre più si delinea come "contenitore di marginalità" (Associazione SocietàINformazione, 2011).

Le carceri, infatti, per le persone tossicodipendenti rimangono la principale alternativa all'inserimento in percorsi terapeutici; difatti le persone detenute per reati legati alla disciplina sugli stupefacenti sono state circa il 38,2% del totale, nel 2010. La percentuale di detenuti stranieri, invece, è passata dal 17,3% del 1991 al 44% del 2010, sul totale degli ingressi (Associazione SocietàINformazione, 2011).

Accanto alla descrizione delle condizioni di salute di questi gruppi, si è cercato di ricostruire anche il trattamento riservato alle donne, la cui presenza in carcere sembrerebbe essere rimasta costante negli anni ed, infine, alle persone con patologie rilevanti.

I detenuti con problemi di dipendenza

Alcune informazioni specifiche relative al trattamento attivato in carcere nei confronti delle persone con problemi di tossicodipendenza sono state raccolte attraverso il questionario rivolto agli operatori delle strutture penitenziarie.

La quasi totalità del campione (99%) ha affermato che, nel proprio istituto, l'ingresso di detenuti tossicodipendenti è accompagnato da qualche forma di trattamento.

Le tipologie di intervento, infatti, possono essere differenti; ad esempio, il 38,3% risponde di fare ricorso all'adozione di una terapia farmacologica non sostitutiva che può prevedere l'utilizzo di farmaci antidolorifici. Molto più usata, invece, risulta essere la terapia farmacologica sostitutiva a scalare, adottata secondo l'88,9% degli operatori che rispondono in merito.

Risulta significativo, rispetto alle pratiche intraprese, che il controllo delle feci per verificare l'ingestione di ovuli prima dell'ingresso di regola non avvenga frequentemente: tra coloro che

rispondono, solo il 27,5% si esprime in modo affermativo sull'utilizzo di questo tipo di verifica.

Al momento del primo ingresso, inoltre, i detenuti con problemi di tossicodipendenza hanno la possibilità di incontrare gli operatori del dipartimento dipendenze; la possibilità che si realizzi tale colloquio è ricordata dal 93% circa dei rispondenti.

Per i detenuti con questo tipo di problematica, infine, sembrerebbe essere poca adottata la carcerazione in celle singole (è di tale parere il 95% dei rispondenti).

Quasi il 96,% degli operatori ha inoltre confermato la prassi di segnalare sempre la presenza in istituto del detenuto tossicodipendente al servizio esterno di competenza, cui probabilmente la persona risulta già in carico. Nell'ottica della continuità terapeutica, inoltre, sembrerebbe essere molto diffuso (rispondono in modo affermativo il 93,2% degli operatori) il contatto diretto con gli operatori del Ser.T avente in carico la persona.

Attraverso il questionario, si è cercato di analizzare la problematica della tossico dipendenza e la sua diffusione in carcere. Gli operatori sanitari affermano che nell'ultimo anno non si sono verificati casi di overdose desumibili dal "modello 99" (modello che registra ogni visita e trattamento, comunque effettuati previo consenso dei detenuti e nel pieno rispetto della loro privacy, <http://www.associazioneantigone.it/osservatorio/rapportoonline/sicilia>).

Oltre i gruppi di detenuti sinora citati, in carcere esistono anche persone portatrici di altre problematiche. Ad esempio, tra queste, sembra avere una certa diffusione l'alcol dipendenza anche se in modo inferiore rispetto a quella da sostanze stupefacenti. Gli operatori ne percepiscono l'esistenza tra la popolazione detenuta ed, infatti, sono una percentuale esigua (8,5%) coloro che ritengono che non vi sia stato alcun caso di tal tipo nell'istituto di appartenenza. Molti di più, e cioè il 50% circa, coloro che dichiarano la presenza di persone alcol dipendenti in misura compresa tra 1 e 10.

I detenuti stranieri

Il questionario ha previsto inoltre una parte dedicata ad un approfondimento sulla situazione sanitaria dei detenuti stranieri. Con una certa sorpresa si scopre che quasi il 50% delle figure professionali intervistate afferma che gli stranieri, benché quasi sempre immigrati da aree geografiche povere, non presentino condizioni di salute peggiori rispetto ai detenuti italiani.

Nonostante ciò, le malattie di cui può essere portatore questo target sono all'attenzione degli operatori sanitari: le patologie più diffuse tra gli stranieri risultano essere quelle dermatologiche, odontoiatriche e infettive.

Risulta essere piuttosto rara la promozione e l'attivazione di iniziative di educazione sanitaria rivolte specificamente a tale target.

Interrogati sulle difficoltà che caratterizzano il rapporto tra il medico e il paziente di origine straniera, gli operatori segnalano, nell'ordine: la scarsa conoscenza della lingua italiana da parte dei detenuti; la carente assistenza sanitaria ricevuta prima della detenzione e la carente educazione sanitaria posseduta. I problemi relativi alla lingua ma, e soprattutto, quelli relativi a diversi usi culturali possono essere più facilmente affrontati nelle situazioni in cui si registra la presenza del mediatore culturale.

Qualora presente, tale figura professionale si rivela molto efficace nel facilitare la relazione terapeutica tra personale sanitario e persona straniera. Negli istituti dove non è a disposizione un mediatore sono principalmente gli agenti e i compagni di detenzione, sempre stranieri, a supplire a tale carenza e a mediare nella gestione delle problematiche quotidiane.

Le detenute madri

La presenza di donne detenute non è irrilevante per la riforma della sanità penitenziaria che si ispira, tra gli altri, al principio dell'uguaglianza di genere.

Come precedentemente affermato, ciò nello specifico, si concretizza nel perseguimento di pari trattamento tra donne detenute e donne libere. In particolare, molta attenzione viene riservata alle cure sanitarie da offrire alla donna in gravidanza e al potenziamento di servizi di prevenzione e diagnosi precoce. La situazione delle donne in carcere è stata analizzata facendo riferimento al ruolo di madri e quindi indagando la presenza di servizi per bambini sino all'età di tre anni.

Negli istituti in cui si verifica la presenza di sezioni riservate a donne ristrette con figli piccoli, sono state formulate al personale alcune domande specifiche relative al servizio pediatrico.

Il 13,6% degli operatori intervistati ha dichiarato che non è garantita una visita specialistica pediatrica al momento dell'ingresso del bambino e della madre. Quando tale servizio è disponibile, i bambini sembrerebbero accedervi abbastanza velocemente: il 22,7% degli intervistati dichiara, infatti, che la visita avviene il giorno stesso dell'entrata, mentre il 50% afferma che tale circostanza si verifica comunque entro il giorno successivo all'arrivo; per il 13,6% degli operatori, invece, i bambini vengono sottoposti ad una prima visita pediatrica entro una settimana dall'ingresso.

Inoltre, gli operatori appartenenti al 51% delle strutture raggiunte, hanno dichiarato che non si registra un servizio di reperibilità pediatrica. Ciò significa che in caso di necessità di cure urgenti si rivela necessario il ricorso a strutture esterne. In tale circostanza, secondo il 70,5% degli operatori intervistati, alla mamma è concesso di accompagnare il proprio bambino. Ancora più frequente risulta poi la possibilità di vedersi concesso un permesso di accompagnamento quando si tratta di un ricovero esterno programmato; in questo caso, rispondono in modo affermativo l'88,6% degli operatori raggiunti. In questo caso la madre è accompagnata da una scorta. Secondo gli operatori,

inoltre, è meno frequente che sia un parente ad accompagnare il bambino: tale circostanza si rivela plausibile per il 25,7% degli intervistati.

I detenuti con altre patologie

Per di più la presenza di detenuti con patologie o situazioni, anche abbastanza gravi, ma diverse da quelle sinora contemplate, è confermata dalle interviste agli operatori penitenziari.

Nei questionari somministrati al personale medico e infermieristico emerge come la patologia di gran lunga più diffusa sia l'epatite C (il 48,5% del campione afferma che nella struttura dove presta servizio ne siano stati diagnosticati più di 50 casi nell'ultimo anno). Seguono in ordine decrescente l'Hiv, l'epatite B e la scabbia (rispettivamente il 16,7%, il 13% e il 9,5% degli operatori cui è stato somministrato il questionario dichiara la presenza di più di 50 casi l'anno nel proprio istituto).

Un servizio di assistenza psicologica specificamente rivolto ai portatori di gravi patologie, non è tuttavia contemplata secondo l'oltre 42% degli operatori.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si ritengono utili le seguenti raccomandazioni:

- ▲ L'adozione di protocolli terapeutici di terapia sostitutiva a mantenimento oltre che a scalare per le persone con problemi di tossicodipendenza, come raccomandato dall'UNAIDS;
- ▲ L'apertura di un confronto in merito alle raccomandazioni di OMS e UNAIDS relative alla introduzione di programmi di distribuzione di siringhe e alla disponibilità di preservativi all'interno degli istituti di pena. Occorre ricordare a tal proposito, che l'OMS ha raccomandato la disponibilità di preservativi e siringhe all'interno delle carceri a partire dalle linee guida del 1993 e che, laddove queste disposizioni sono state seguite, non si sono verificati problemi di sicurezza, né di aumento dei comportamenti a rischio;
- ▲ Predisposizione di un kit di prevenzione per contrastare la diffusione di infezioni quali HIV ed epatiti da consegnare alle persone al momento dell'uscita dal carcere per permessi o scarcerazione;
- ▲ Predisposizione, al momento dell'ingresso in carcere, dell'offerta di informazioni sulla trasmissione delle malattie infettive per via ematica, sessuale e sulle modalità idonee a prevenirne la diffusione.

▲ Offerta della possibilità di sottoporsi al test di screening HIV, di beneficiare del counselling pre e post test (anche in caso di risultato negativo), eventualmente in collaborazione con operatori e /o mediatori culturali delle associazioni operanti sulle tematiche Hiv/Aids

5) *Il trattamento dell'Aids in carcere*

Una consistente parte della ricerca ha avuto ad oggetto il trattamento dell'HIV/Aids negli istituti di pena italiani, con particolare attenzione all'aspetto relativo alla prevenzione e ad una serie di tematiche correlate quali l'educazione sanitaria e le attività formative, l'evoluzione della malattia negli ultimi vent'anni, la privacy e la garanzia delle continuità delle cure e dell'accesso ai farmaci.

Per avere un quadro del fenomeno sono state inserite domande nell'intervista rispetto ai numeri della malattia e alle caratteristiche socio-anagrafiche delle persone coinvolte. Occorre fin da subito sottolineare la difficoltà ad accedere a dati di questo tipo, per due ordini di ragioni.

In primo luogo, a partire dall'entrata in vigore della riforma, il Ministero della Giustizia non ha più raccolto dati di carattere sanitario. Gli ultimi dati a disposizione del Dap risalgono quindi al 2008: seppur si trattasse molto spesso di dati per certi versi "superficiali" e poco approfonditi da un punto di vista clinico, la raccolta avveniva con sistematicità, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Con il passaggio di competenze, il Ministero della Giustizia ha cessato di avere accesso alla maggior parte dei dati di carattere sanitario che sono ormai di esclusiva competenza del Servizio Sanitario Nazionale, il quale, tuttavia, non ha al momento predisposto un modello uniforme di raccolta. Avviene così che una gran mole di dati vengano richiesti dalle singole ASL o dagli Assessorati Regionali alla Sanità ai referenti sanitari dei singoli istituti penitenziari, senza che però poi gli stessi dati siano inseriti in un sistema di raccolta uniforme sul piano nazionale.

La privacy

La questione della raccolta dati è intrinsecamente legata ad un'altra questione di grande rilevanza, soprattutto in riferimento al tema specifico della nostra ricerca: la questione della *privacy*. Si tratta forse dell'aspetto rispetto al quale è più ampia la discrasia tra i principi sanciti dalla normativa e le prassi quotidiane. La riforma, in tal senso, mira a rafforzare la tutela di tale diritto, dal momento che separa nettamente le competenze tra i due ministeri, attribuendo al ministero della salute l'esclusiva competenza nella gestione dei dati di carattere sanitario, nello specifico contenuti nella cartella clinica.

Sul tema della tutela della *privacy*, dalle interviste svolte con gli operatori, possiamo individuare prevalentemente tre posizioni:

- 1) coloro che si mostrano favorevoli in linea di principio e ritengono importante adoperarsi per la sua concreta realizzazione (approccio proprio soprattutto degli operatori sanitari intervistati);
- 2) coloro che, pur ritenendosi favorevoli in linea di principio, ammettono che le condizioni del

carcere non rendano possibile la sua concreta realizzazione (nella consapevolezza che "in carcere non si può nascondere nulla"), poiché le dinamiche interne agli istituti rendono ancora estremamente difficile garantire effettivamente tale diritto;

3) chi infine ritiene, anche in linea di principio, che le condizioni del carcere facciano sì che anche gli operatori penitenziari abbiano il diritto di venire a conoscenza di alcune patologie.

Gran parte degli intervistati (circa il 50% delle persone a cui è stato sottoposto il questionario a risposta chiusa) sostiene proprio quest'ultima tesi, considerando che non solo il personale medico e infermieristico debba conoscere lo stato di sieropositività dei detenuti, ma anche gli agenti, il direttore e gli operatori dell'area trattamentale, e ritenendo altresì che i rischi di contagio non siano evitabili adottando semplicemente le medesime precauzioni sanitarie con tutte le persone ristrette.

E' risultato, peraltro, come la condizione dei detenuti Hiv positivi sia il più delle volte conosciuta da tutti (compagni di detenzione, direttori, personale di custodia, ecc.). I motivi dipendono da una pluralità di circostanze, quali il fatto che la somministrazione delle terapie avviene spesso alla presenza di altri detenuti e di agenti, oppure che per esigenze di sicurezza, in caso di traduzioni all'esterno, la direzione e le scorte sono informate della patologia da cui è affetto il detenuto.

In generale, spesso la tutela della *privacy* viene di fatto sovrastata da quella che può essere definita una visione distorta della prevenzione: soprattutto nel caso della sieropositività, venire a conoscenza del dato è considerata una necessità ai fini della messa in atto di strategie di prevenzione.

Pare dunque verificarsi una contraddizione, poiché gli stessi intervistati che sostengono che siano da adottare le stesse precauzioni con tutti i pazienti considerano anche necessario sapere chi è affetto dal virus dell'Hiv.

Fatte queste premesse, tuttavia, dal rapporto di ricerca quantitativo emerge come, a parere degli intervistati, la tutela della *privacy* non rappresenterebbe una delle esigenze più sentite dai pazienti. Infatti, oltre il 67% delle figure professionali coinvolte nella ricerca afferma di non essere a conoscenza di lamentele al riguardo, e solo l'1,6% dichiara che queste si siano verificate con una certa frequenza.

Percezione della malattia

L'impressione generale che si ricava dai colloqui con gli operatori è di una tendenziale *minimizzazione* del problema dell'Hiv: la maggior parte di loro ha sostenuto che i numeri si sono molto ridotti rispetto al passato, che il trattamento clinico non suscita particolari criticità essendo una malattia ormai cronicizzata e normata, che la questione in sé non desta più quell'allarme sociale che si era diffuso negli anni '80-'90 e che infettarsi in carcere sia molto improbabile. L'opinione

comune è che i problemi sanitari "veri", quelli che destano particolare preoccupazione per via dei numeri, delle potenzialità di trasmissione e/o di difficoltà nella cura, siano altri: l'epatite C, la tubercolosi, la scabbia, le malattie psichiatriche, ecc.

Da molte testimonianze dunque emerge l'impressione che si respiri generalmente un senso di *tranquillità* maggiore rispetto al passato.

Ciò, tuttavia, può derivare anche da un generale calo dell'attenzione sul tema: non solo all'interno delle carceri, ma anche nella società libera il tema della sieropositività è quasi scomparso dalle campagne informative e formative, e questo determina l'abbassamento del livello di guardia e quindi il rischio di aumentare le possibilità di contagio.

Il clima di maggior serenità nell'affrontare la sieropositività in carcere riguarda, secondo alcuni operatori, soprattutto le relazioni tra i detenuti. Molti parlano di una "pacificazione" rispetto al passato, di un processo di accettazione della malattia che nel tempo si è consolidato, a patto che vengano rispettate alcune regole di convivenza che riguardano innanzitutto la comunicazione del proprio stato di malattia e, in secondo luogo, la tutela dell'igiene e messa in atto di comportamenti non a rischio all'interno della cella.

Ma la maggioranza delle persone uscite dal carcere, contrariamente, ritiene che gli atteggiamenti di isolamento e segregazione da parte dei compagni di detenzione siano tuttora la norma.

Per quanto riguarda, invece, l'atteggiamento degli operatori, il generale allarmismo riscontrato negli anni '90 sembra superato, nonostante sia presumibile che certe forme di paura e apprensione permangano.

Rispetto all'esterno sembra cambiare anche la definizione di *categoria a rischio*. Sull'esterno, come noto, le cause del contagio hanno subito negli anni un processo di inversione di rotta: se in passato la principale modalità di trasmissione del virus era lo scambio di siringhe, ora tale eventualità è meno frequente, a fronte di un significativo aumento della possibilità di contrarre il virus per via sessuale. In carcere registriamo invece una situazione differente. Alcuni medici intervistati affermano infatti che la stragrande maggioranza degli Hiv positivi è tossicodipendente, mentre sostengono che all'esterno le nuove trasmissioni sono correlate ai rapporti sessuali non protetti.

Il rischio di contagio

I comportamenti più spesso all'origine del contagio dell'Hiv sono individuati negli episodi di autolesionismo con perdite ematiche e nei rapporti sessuali non protetti, mentre oltre il 50% del campione dichiara che il sovraffollamento penitenziario incide poco o nulla sul rischio di trasmissione.

Un'importante indicazione che emerge dalla lettura dei risultati riguarda le risposte fornite ai quesiti

riguardanti la frequenza dell'utilizzo di droghe per via iniettiva e la pratica di rapporti omosessuali non protetti all'interno degli istituti. Non solo i medici ma anche i direttori e il personale di custodia riconosce, infatti, che tali pratiche siano presenti (il 52% del campione non nega che episodi di utilizzo di droghe per via iniettiva si verificano, mentre, riguardo ai rapporti sessuali non protetti, solo il 13% degli intervistati ne nega l'esistenza). Nonostante la maggior parte degli intervistati abbia risposto che si tratta di episodi piuttosto rari, è significativa l'ammissione della loro presenza, indice di un atteggiamento pragmatico e non ipocrita sull'argomento da parte delle istituzioni.

Il discorso riguarda soprattutto gli episodi di assunzione di droghe per via iniettiva. Ammetterne la presenza, infatti, equivale a riconoscere l'incapacità e l'impossibilità di un controllo efficace sull'ingresso e sul consumo di stupefacenti all'interno degli istituti, dichiarazione tutt'altro che scontata da parte dei funzionari di un'istituzione storicamente autoreferenziale ed ermetica come quella penitenziaria. Ciononostante, solo in un numero estremamente esiguo di casi gli intervistati ritengono opportuno distribuire ai detenuti siringhe sterili e preservativi. Probabilmente, infatti, a parere di molti operatori, promuovere simili pratiche all'interno degli istituti equivarrebbe, da un lato, ad ammettere le carenze del sistema di controllo, dall'altro, a incentivare l'uso di droghe e rapporti sessuali tra detenuti. Nonostante un atteggiamento spesso consapevole, sembrano dunque sussistere alcune barriere culturali che impediscono di adottare strategie di riduzione del danno per il consumo di droghe o volte a garantire una maggiore sicurezza in caso di rapporti omosessuali tra detenuti.

Infine, dalla somministrazione dei questionari a risposta chiusa, è emerso come sia il personale sanitario che quello alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria troppo spesso non utilizzi attrezzature quali camici monouso, mascherine, occhiali, ecc., anche qualora queste siano disponibili in istituto. L'unica precauzione adottata con maggior frequenza riguarda l'utilizzo di guanti in lattice (utilizzati secondo gli intervistati sempre, o comunque molto spesso in oltre il 70% dei casi dal personale non sanitario e nel 97% dei casi dal personale sanitario) .

Alcuni degli ex detenuti intervistati, peraltro, pongono la questione in termini non tanto preventivi quanto discriminatori: l'uso dei guanti da parte degli agenti viene percepito in genere come manifestazione del timore del contatto con i malati, piuttosto che come una pratica di buon senso.

Il trattamento della malattia

Per indagare come viene trattata la sieropositività all'interno delle carceri si sono interrogati sia gli operatori e sia gli ex detenuti rispetto ad alcune questioni più specifiche quali: l'esistenza o meno di sezioni apposite (cercando di cogliere le loro opinioni in merito), le modalità attraverso cui viene garantita o meno la continuità delle cure e la disponibilità dei farmaci, le criticità che caratterizzano

l'assistenza sanitaria di una persona sieropositiva in carcere.

Sezioni apposite sì, sezioni apposite no

Dai risultati dell'indagine quantitativa emerge come in circa tre istituti ogni quattro, tra quelli oggetto dell'indagine, non sono presenti sezioni riservate ai detenuti sieropositivi (che, qualora esistenti, prevedono un regime detentivo in celle singole e specifici programmi sanitari e trattamentali). I motivi non sono esclusivamente riconducibili alla mancanza di risorse per la loro gestione, ma anche a una diffusa contrarietà alla loro istituzione da parte degli operatori.

Il principio della tutela della salute, infatti, si scontra molto spesso con il rischio di *ghettizzazione* che l'esistenza di tali sezioni comporta.

C'è chi, oltre ai rischi di ghettizzazione da parte degli altri detenuti od operatori, intravede anche quelli legati ad una eccessiva concentrazione sulla malattia: essendo sezioni abitate prevalentemente od esclusivamente da persone sieropositive, da un punto di vista psicologico le relazioni che vengono ad instaurarsi potrebbero diventare deleterie. Tra le persone con trascorsi carcerari, invece, le opinioni risultano spesso ribaltate: i maggiori rischi di discriminazione si riscontrerebbero nelle sezioni comuni, mentre la sezione apposita costituirebbe uno strumento per limitare questi rischi. In generale, dunque, le persone sieropositive che hanno dei trascorsi in carcere esprimono spesso opinioni favorevoli sulle sezioni apposite, in misura maggiore rispetto agli operatori. Il riferimento è in genere alle migliori condizioni igieniche e al supporto medico e psicologico che in tali sezioni sembra essere più continuativo. Da più parti emerge l'idea che non ci siano grosse differenze nel trattamento della malattia e neppure nelle condizioni igieniche tra sezioni comuni e sezioni apposite.

Le terapie

La maggioranza degli operatori intervistati, soprattutto medici, mette in luce alcune problematiche peculiari all'assistenza di un paziente sieropositivo in terapia all'interno del carcere. In primo luogo, vi sarebbero frequenti ritardi nell'effettuazione di visite specialistiche ed esami o irregolarità nella somministrazione delle terapie.

In secondo luogo, dinamica ancor più preoccupante, un *budget* insufficiente per l'approvvigionamento di farmaci può comportare l'interruzione o la mancata somministrazione di terapie, anche se tale problema si verifica, fortunatamente, in un numero minoritario (il 69% del personale sanitario ha affermato che la disponibilità economica per l'acquisto di medicinali è sufficiente).

Al contrario, una minoranza tra gli operatori intervistati, soprattutto nella regione Sicilia, ritiene che

talvolta il trattamento della sieropositività in carcere sia addirittura più funzionale rispetto all'esterno. I sostenitori di quest'ultima tesi affermano che il carcere, per le sue condizioni di vita regolari, può paradossalmente offrire un'opportunità per migliorare il quadro clinico del sieropositivo, e che la detenzione produca effetti dannosi soltanto per i malati con Aids conclamato. Da segnalare come alcuni intervistati abbiano fatto riferimento, tuttavia, anche alla difficoltà di accertarsi che la persona detenuta assuma la terapia, per via della contrapposizione tra l'interesse alla cura e l'interesse ad abbassare il livello di CD4 per ottenere la scarcerazione.

Come già evidenziato sopra, riguardo al problema della continuità delle cure si possono individuare due fasi di criticità: l'arrivo della persona detenuta già in terapia e l'uscita dal carcere o il trasferimento presso altri istituti di pena.

Da diverse testimonianze si evince come, seppur in un numero minoritario di casi (15,8%) il farmaco utilizzato venga sostituito da altri farmaci al momento dell'ingresso in un nuovo istituto e questo comporti comprensibili lamentele da parte dei pazienti. Qualora questa eventualità si verifici, tuttavia, il paziente sarebbe quasi sempre informato (89% dei casi).

Circa l'opportunità della somministrazione di farmaci combinati, praticamente tutti i medici e gli infermieri coinvolti nello studio si sono mostrati favorevoli, considerando simile pratica molto efficace per la cura dei pazienti sieropositivi.

Il 65,3% del campione intervistato sostiene, poi, che i farmaci sono somministrati alla presenza di un medico o di un infermiere, considerando tale modalità più sicura, anche nell'ottica di evitare che i medicinali siano utilizzati come "merce di scambio". Qualora consegnati al detenuto sarebbero comunque assunti sempre o quasi (solo il 14,3% risponde che l'assunzione non avvenga o avvenga raramente).

Per quanto riguarda la fase dell'uscita o del trasferimento presso un altro istituto sono state raccolte opinioni contrastanti. Da un lato, alcuni medici affermano che in carcere è possibile instaurare un rapporto tra medico e paziente tale per cui il secondo è incentivato a continuare le terapie attraverso i servizi sanitari esterni, una volta uscito. Il carcere diventerebbe in tal senso un aggancio per determinate tipologie di pazienti (vedi il tossicodipendente da strada). C'è chi invece riconosce che la continuità della cura dipende molto dalla volontà del soggetto e che talvolta questi possa curarsi meglio fuori dove non vive l'interesse contrapposto ad abbassare il livello di CD4 per poter ottenere la scarcerazione. Fuori, inoltre, è probabile che il coinvolgimento attivo del soggetto nel percorso di cura sia più alto e, di conseguenza, l'intervento più appropriato.

Infine, dato allarmante riguarda la frequente presenza di detenuti affetti dalla patologia ad uno stadio avanzato., nonostante la legge n. 231 del 1999 abbia sancito, salvo rare eccezioni, l'incompatibilità tra carcere e Aids conclamato.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si ritengono utili le seguenti raccomandazioni:

- Garanzia di continuità dello stesso trattamento farmacologico seguito dalla persona sia all'ingresso in carcere che in occasione di trasferimenti, permessi, scarcerazioni
- Garanzia della costante fornitura dei farmaci antiretrovirali utilizzati nella terapia anti-HIV/AIDS, in modo omogeneo in tutti gli istituti di pena
- Offerta di un trattamento farmacologico rispondente a quanto disposto dalle linee guida ministeriali, così come avviene nei confronti dei cittadini liberi
- Garanzia della disponibilità degli esami di laboratorio utili al monitoraggio clinico
- Potenziamento delle possibilità di fruire di visite specialistiche di controllo da parte delle persone detenute affette da HIV/AIDS.
- Promozione dell'applicazione delle misure alternative alla detenzione, come previsto dalla normativa vigente.
- Promozione della continuità di cura al momento della scarcerazione anche per gli stranieri non in regola, sia mediante tempestiva comunicazione al medico affinché possa predisporre la fornitura delle terapie e la relazione relativa al quadro clinico presentato dall'interessato, sia mediante la facilitazione del proseguimento trattamentale presso un centro specialistico territoriale.

6) Il Trattamento dell'Aids fuori dal carcere

In questo paragrafo si cercherà di riassumere le principali questioni emerse relativamente alla cura dell'Aids al di fuori della struttura penitenziaria come anticipato nella premessa metodologica. La descrizione offerta è frutto dell'analisi dei contenuti delle interviste condotte con persone affette da HIV/AIDS ex detenute e con gli operatori sanitari di tre Regioni italiane (Piemonte, Lazio, Sicilia). Gli intervistati parlano della loro esperienza di cura della malattia fuori dal carcere cercando di individuare similitudini e differenze rispetto a quanto accade all'interno.

I temi emersi si possono ricondurre a due aspetti che influenzano la salute intesa come benessere fisico, psichico e relazionale:

- a) gli atteggiamenti di discriminazione e la privacy;
- b) la prevenzione.

a) Gli atteggiamenti di discriminazione e la privacy

Possiamo introdurre la questione sottolineando che la maggioranza delle persone uscite dal carcere ritiene che gli atteggiamenti di isolamento e stigmatizzazione da parte dei compagni di detenzione, siano tuttora la norma. Le testimonianze raccolte esprimono la difficoltà ad esplicitare il proprio stato sierologico e/o la propria malattia per paura di essere "chiacchierati" dalle altre persone detenute; tacere significa difendersi dal vissuto di sofferenza che l'isolamento e gli atteggiamenti discriminatori subito comportano, anche se sovente non è sufficiente ad evitare sospetti e diffidenze. Il timore, la non accettazione non si sperimentano, però, solo nel confronto con gli altri detenuti ma anche nel confronto con il personale penitenziario.

Le situazioni di discriminazione vissute dai detenuti sieropositivi sembrerebbero essere favorite da una serie di elementi strutturali che aggravano le condizioni: primi, fra gli altri, il sovraffollamento e la precarietà delle condizioni igienico-sanitarie.

In un contesto pregno di tale disagio l'essere sieropositivo o malato di AIDS sembrerebbe innescare ulteriori conseguenze negative, quali il clima di discriminazione che impedirebbe di poter praticare anche quelle semplici attività che possono incidere sul benessere della persona a livello psicologico. Fuori dal carcere, al contrario, nonostante l'esistenza di contesti non sempre accoglienti, vi è maggior possibilità di svolgere delle attività che consentono di contrastare la noia sperimentata nel chiuso della cella.

Per gli operatori sanitari, così come per alcune persone ex detenute, una persona sieropositiva o in AIDS fuori dal carcere è maggiormente in condizioni di intraprendere iniziative utili a contrastare

lo stress dovuto alla condizione di malattia e aggravato dalla detenzione. A loro avviso, inoltre, lo stato detentivo comporta una ulteriore problematica che è quella concernente il rifiuto di assumere la terapia quale mezzo per esprimere la propria protesta contro la difficoltà ad ottenere permessi di colloqui con il/la partner o il non accoglimento della richiesta di affidamento terapeutico oppure ancora l'essere costretti a subire atteggiamenti discriminatori agiti dai compagni di cella.

La situazione fuori dal carcere risulta essere migliore, non solo dal punto di vista del benessere psicologico, ma anche dal punto di vista sanitario.

Se la maggior parte degli operatori e degli ex detenuti è concorde nell'affermare che le cure all'esterno del carcere sono di qualità migliore, una minoranza di persone con trascorso carcerario esprime un parere contrario, adducendo come motivazione sia la maggiore regolarità con cui vengono effettuati gli esami, assunte le terapie, consumati i pasti, sia la maggior possibilità di accesso al trattamento psicologico.

Sono dello stesso avviso alcuni operatori sanitari intervistati in Sicilia secondo i quali non esiste differenza di trattamento clinico dentro e fuori dal carcere e affermano che le persone sieropositive sono maggiormente monitorate e, di conseguenza, tutelate all'interno della struttura penitenziaria dove, peraltro, possono godere di condizioni di vita regolare e migliori dal punto di vista igienico; per questa ragione ritengono sconsigliabile unicamente la permanenza in carcere di persone in AIDS conclamato.

Alcuni medici inoltre affermano che in carcere è possibile instaurare un rapporto tra medico e paziente tale per cui quest'ultimo, una volta dimesso, è incentivato a continuare le terapie attraverso i servizi sanitari esterni. Il carcere offrirebbe in tal senso occasione di aggancio per determinate tipologie di pazienti (ad esempio persone tossicodipendente che vivono in strada).

La maggioranza delle persone ex detenute sottolinea gli effetti positivi derivanti dal gestire autonomamente la propria salute al di fuori del carcere grazie ad un clima relazionale privo di stigma e alla maggior celerità nell'accesso agli esami e a visite specialistiche. Ritengono elemento importante del prendersi cura di sé la relazione di fiducia che riescono ad instaurare con il medico infettivologo.

Viene riportata come buona prassi la pratica seguita da alcuni operatori sanitari di consegnare al momento della dimissione la terapia unitamente alla raccomandazione di rivolgersi al più presto al day hospital di appartenenza; la continuità della cura all'esterno, infatti, può essere influenzata dalla scelta del soggetto di prendersi maggiormente cura di sé: fuori al carcere verrebbe meno l'interesse ad abbassare il livello di CD4 per poter ottenere la scarcerazione. La compliance terapeutica migliorerebbe anche a seguito del coinvolgimento attivo del soggetto nel percorso di cura; determinando in ultima analisi una maggior efficacia dell'intervento clinico nel suo complesso.

L'autonomia e lo spirito di iniziativa del singolo, una volta uscito dal carcere favoriscono dunque l'accesso ai trattamenti terapeutici; molto, infatti, dipende dalla volontà del singolo di recarsi autonomamente all'ospedale per chiedere la prescrizione della terapia e per effettuare i necessari controlli periodici, oltre che dalla qualità del rapporto che si instaura con gli operatori sanitari.

Le persone uscite dal carcere, infine, denunciano una situazione nel complesso molto critica in tema di tutela della privacy. Sono soprattutto alcune prassi consolidate che di fatto ne implicano la violazione: l'apposizione di una croce rossa sulla cartella clinica, la presenza dell'agente di polizia penitenziaria durante le visite, la modalità adottata per la distribuzione dei farmaci, non ne sono che alcuni esempi.

L'informazione relativa alla sieropositività, come emerso dal questionario, costituisce comunque un'informazione a cui gli operatori penitenziari ritengono di dover avere accesso e questa di per sé è una violazione della privacy.

Anche all'esterno le occasioni in cui le persone si sentono poco tutelate sono molto diffuse e molto spesso la gestione di tali situazioni è affidata alla sensibilità delle persone con cui si interloquisce. Alcuni detenuti narrano, infatti, la fatica di dover comunicare la propria situazione a persone diverse a causa delle complesse procedure burocratiche necessarie per l'accesso ai servizi.

b) La prevenzione

Non ci sarebbero molte differenze tra dentro e fuori in merito alle iniziative di prevenzione: all'interno del carcere si riflette lo stesso calo di attenzione al tema della sieropositività che si riscontra all'esterno.

Tutti evidenziano l'importanza, dunque, di intraprendere iniziative di prevenzione sia all'esterno quanto all'interno del carcere. Tra le persone uscite dal carcere, c'è chi sostiene l'importanza della *peer education*, o, più in generale, di percorsi che siano gestiti non soltanto da operatori sanitari, motivando tale affermazione con la maggiore incisività di un messaggio comunicato da persone che condividono lo stesso stato sierologico.

Qualcuno mette in luce la necessità di rendere i percorsi formativi più partecipati: in tal senso occorre valorizzare le storie di vita ed i vissuti personali rispetto alla sieropositività e alla malattia evitando di fornire semplicemente nozioni sulle modalità di trasmissione o di cura.

Più in generale, parlando di formazione/informazione, le persone con trascorsi carcerari hanno più volte mostrato di ricollegarle ad un intento anti-discriminatorio, più che preventivo.

Le azioni di formazione/informazione avrebbero un'ulteriore ricaduta in termini di contrasto alla discriminazione di persone sieropositive all'interno del carcere.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si ritengono utili le seguenti raccomandazioni:

- ⤴ Adozione della cartella clinica informatizzata per consentire il non immediato accesso alle informazioni riservate a personale diverso da quello sanitario, in linea con l'esclusiva competenza attribuita dal DPCM del 2008 al ministero della salute nella gestione dei dati di carattere sanitario.
- ⤴ L'adozione di modalità di distribuzione delle terapie che siano più tutelanti, sul piano sostanziale, della privacy della persona detenuta (per esempio distribuendo la terapia in infermeria anziché direttamente in cella e senza la presenza dell'agente di polizia penitenziari);
- ⤴ Il superamento delle prassi operative stigmatizzanti (esempi: croce rossa sulla cartella clinica, chiamata a voce alta per la terapia, ecc.)
- ⤴ Collocazione dei detenuti affetti HIV/AIDS presso centri clinici, infermerie, sezioni migliori dal punto di vista igienico-ambientale rispetto a quelle comuni, in cui siano presenti persone che presentano una pluralità di problematiche e non solo la sieropositività, per evitare i rischi di stigmatizzazione e ghettizzazione tipici delle sezioni apposite.
- ⤴ Promozione dell'applicazione delle misure alternative alla detenzione, come previsto dalla normativa vigente.
- ⤴ Promozione della continuità di cura al momento della scarcerazione, sia mediante tempestiva comunicazione al medico affinché possa predisporre la fornitura delle terapie e la relazione relativa al quadro clinico presentato dall'interessato, sia mediante la facilitazione del proseguimento trattamento presso un centro specialistico territoriale.
- ⤴ Rilascio della copia della cartella clinica, su richiesta dell'interessato, al momento della sua dimissione dall'istituto di pena.
- ⤴ L'organizzazione, in previsione della scarcerazione, di momenti di informazione/formazione ed orientamento all'utilizzo dei servizi esterni, in collaborazione con personale sanitario e mediatori culturali.
- ⤴ Predisposizione di un kit di prevenzione per contrastare la diffusione di infezioni quali HIV ed epatiti da consegnare alle persone al momento dell'uscita dal carcere per permessi o scarcerazione.

7) La prevenzione

Come alcuni degli operatori intervistati ricordano, la prevenzione è un settore che, insieme alle tossicodipendenze, è transitato già dal 2000 al servizio sanitario nazionale. Tale passaggio, tuttavia, è stato tendenzialmente ignorato sul piano operativo sia dall'amministrazione penitenziaria che dal servizio sanitario nazionale. Emerge un consenso unanime da parte degli intervistati (operatori penitenziari, sanitari ed ex detenuti) sull'importanza della prevenzione, sia rispetto allo specifico caso della sieropositività che, più in generale, riguardo a tutte le problematiche sanitarie presenti in carcere.

La prevenzione ha ad oggetto essenzialmente la minimizzazione del rischio di contagio ed è pertanto rivolta a tutte le persone che vivono/operano in carcere.

Per analizzare la presenza di interventi preventivi all'interno delle strutture penitenziarie lo studio ha preso in considerazione alcuni elementi, quali:

- a) gli strumenti di protezione per gli operatori;
- b) le strategie utilizzate dalle persone detenute;
- c) l'offerta di screening;
- d) le attività di formazione/informazione.

Nel merito, si evidenzia quanto riportato da alcune persone intervistate ex detenute rispetto all'importanza a livello preventivo della distribuzione di preservativi e siringhe sterili all'interno degli istituti. Ciò denota la consapevolezza che determinati comportamenti a rischio, seppur formalmente vietati e contrari alla cultura dell'istituzione totale, abbiano una certa diffusione; la soluzione proposta si inserisce tipicamente nella logica della riduzione del danno. Occorre precisare, tuttavia, che questa posizione non è condivisa da tutti gli ex detenuti intervistati, tra i quali permangono dei retaggi culturali che minimizzano o escludono la possibilità che certi comportamenti avvengano.

Al di là dell'esplicita proposta di introdurre preservativi o siringhe sterili, molti ex detenuti riconoscono comunque l'esistenza di comportamenti a rischio e pertanto suggeriscono fortemente almeno la realizzazione di programmi formativi specifici sulle modalità di trasmissione e sulle strategie di riduzione del danno adottabili, quali ad esempio l'utilizzo di sostanze stupefacenti per via inalatoria anziché endovenosa.

Nessuno degli operatori intervistati, né penitenziari né sanitari, ha invece fatto riferimento alla distribuzione di siringhe sterili e preservativi come strumenti di protezione.

a) Gli strumenti di protezione per gli operatori

I principali strumenti di protezione in dotazione agli agenti di polizia penitenziaria sono i guanti e le mascherine, il cui scopo è preventivo in termini generali; l'uso dei guanti, ad esempio, fondamentale durante l'esecuzione delle perquisizioni, in quanto tutela sia l'agente, sia la persona perquisita perché evita trasmissioni di agenti patogeni tra una perquisizione e l'altra.

L'uso effettivo di tali strumenti, tuttavia, non risulta costante e sistematico, bensì limitato agli episodi eccezionali, quando si verificano casi di autolesionismo, oppure quando viene comunicato dagli operatori sanitari un caso di malattia infettiva (che peraltro costituisce una palese violazione della privacy).

Alcuni intervistati affermano che vi è una grossa carenza nella disponibilità degli strumenti di protezione per gli agenti che di conseguenza innalza il rischio di contagio.

Gli strumenti di protezione, peraltro, talvolta vengono utilizzati in maniera estemporanea anche dagli operatori sanitari. La semplice fornitura di strumenti di protezione (quali guanti e mascherine), in assenza di un più ampio discorso sulla prevenzione risulta essere limitato se non inutile: alcuni intervistati infatti affermano che il loro utilizzo risponde più a logiche di controllo che a intenti preventivi; è il caso, per esempio, dell'usanza riscontrata di mantenere da parte le siringhe usate e conteggiarle, per verificare se tutte quelle distribuite siano state rese.

Tra gli ex detenuti intervistati, invece, molti pongono la questione in termini non tanto preventivi quanto discriminatori: l'uso dei guanti da parte degli agenti viene percepito come manifestazione del timore di venire a contatto con un corpo malato.

La percezione è invece diversa se l'operatore che indossa i guanti appartiene al ruolo sanitario: in questo caso l'elemento discriminatorio del gesto viene meno e si riconosce la sua valenza in chiave preventiva, presumibilmente perché il senso comune porta a ritenere che la visita da parte di un medico venga di norma effettuata con i guanti.

b) Le strategie utilizzate dalle persone detenute

Rispetto alle strategie poste in essere dalle persone detenute per tutelarsi da possibili contagi, emergono pareri contrastanti tra gli operatori: qualcuno ritiene che non vengano adottati atteggiamenti di precauzione, soprattutto a causa delle scarse informazioni fornite loro dall'istituzione. Si tratta tuttavia di una posizione minoritaria: la maggior parte degli intervistati ritiene che i detenuti per primi siano interessati ad individuare delle strategie per autotutelarsi in un regime di vita che risulta di per sé insalubre e rischioso.

La questione del rispetto delle comuni norme igieniche è ricorrente e condivisa e in questo senso

molti operatori fanno riferimento alla categoria del *buon senso*, per identificare tutte quelle comuni strategie poste in essere come forma di tutela (evitare lo scambio di spazzolini, bicchieri, ecc.).

Non tutti gli operatori, tuttavia, concordano sul fatto che i rischi di contagio rispetto all'hiv siano elevati all'interno del carcere. Se è raccomandabile l'adozione di norme igieniche per ridurre al minimo la trasmissione di patologie, rispetto allo specifico caso della sieropositività è opinione generale che i rischi di trasmissione in carcere siano estremamente ridotti.

Molte delle persone con trascorsi carcerari, invece, mettono in luce non tanto la volontà di mantenere quelle condizioni salubri richiamate dagli operatori, data per scontata, quanto le impossibilità oggettive legate al pessimo stato igienico-strutturale degli istituti.

La maggior preoccupazione risulta pertanto, comprensibilmente, non tanto la trasmissione del virus, quanto l'aggravarsi della malattia per le malsane condizioni strutturali e di vita all'interno degli istituti penitenziari.

c) L'offerta di screening

L'offerta del test HIV è un argomento su cui sono state raccolte risposte contraddittorie non solo tra diversi istituti, afferenti a regioni diverse, ma anche all'interno dello stesso istituto; soggetti diversi chiamati ad esprimere una stima sui test effettuati, sulle percentuali di risposta, sulle modalità di esecuzione del test ecc., hanno fornito risposte frequentemente contraddittorie. Se le differenze tra istituto e istituto possono essere ricondotte alle diverse prassi messe in atto dagli operatori sanitari (modo di proporre il test, frequenza della proposta, ecc), è difficile comprendere come due o più figure professionali appartenenti allo stesso istituto forniscano risposte tanto differenti rispetto, per esempio, al numero dei test effettuati. E se in alcuni casi molti operatori penitenziari hanno ammesso di non avere idea del numero dei test effettuati (dal momento che si tratta di un dato sanitario e quindi a partire dalla riforma di esclusiva competenza dell'area sanitaria), in molti casi tutti gli intervistati hanno comunque espresso dei pareri incongruenti fra loro.

Taluni intervistati sostengono che il test venga proposto a tutti i nuovi giunti e che vi siano buone percentuali di risposta affermativa. In altri casi, invece, soprattutto in Sicilia, sembra che pur essendo proposto a tutti, solo in rare occasioni il test venga accettato.

Emergono poi situazioni in cui il test è proposto solo ai tossicodipendenti oppure, casualmente, in occasione di visite mediche effettuate per altre problematiche, oppure ancora soltanto su esplicita richiesta della persona detenuta.

Secondo alcune testimonianze vi sarebbero percentuali elevate di consenso al test, mentre secondo altre tali percentuali sarebbero molto basse: ciò dipenderebbe dal modo in cui il test viene proposto.

Tra le motivazioni presunte per cui il test non viene promosso sono indicate sia la superficialità da

parte del personale sanitario durante la visita di primo ingresso ("*non vuole perdere 5 minuti*") sia la mancanza di fondi necessari per realizzare gli screening.

Dalle interviste sono emerse altresì alcune strategie per la promozione del test: alcuni medici, in particolare, hanno raccontato le modalità utilizzate per ottenere maggior consenso all'esecuzione dello screening da parte del detenuto. C'è chi per esempio di fronte alle reticenze legate alla volontà di non sapere cerca di "tranquillizzare" l'utente sul fatto che il test non rivela soltanto lo stato sierologico ma, in caso di positività, consente di intervenire precocemente con dei farmaci per bloccare la diffusione del virus. L'eventuale comunicazione della positività del test è accompagnata talvolta da un intervento di counseling.

La bassa percentuale di test somministrati viene letta talvolta come "sfiducia", da parte dell'area sanitaria, nelle potenzialità dello screening quale strumento di prevenzione, se non addirittura come scarsa attenzione alle azioni preventive.

Tale situazione di disomogeneità rispetto alla proposta di screening hiv è confermata da alcune testimonianze di persone uscite dal carcere. C'è chi descrive le differenti prassi adottate a seconda che si entri in una sezione speciale o comune: se, nel primo caso, si può talvolta avere l'impressione di entrare in un'ospedale, nel secondo caso non solo le condizioni igienico-sanitarie sono pessime, ma spesso capita che il test non venga affatto proposto, così come i necessari esami periodici.

d) La formazione/informazione

L'elemento di convergenza delle opinioni di tutti gli intervistati in materia di prevenzione è indubbiamente la formazione/informazione. C'è consenso sul fatto che per prevenire la trasmissione di patologie, soprattutto infettive, sia fondamentale fornire delle informazioni, in maniera sia informale (per esempio durante la visita con il medico) che formale, attraverso l'organizzazione e la realizzazione di momenti di formazione specifica.

Come gli altri strumenti di prevenzione, l'attività di formazione/informazione va rivolta sia alle persone detenute che a quanti a diverso titolo operano in carcere.

Alcuni operatori fanno riferimento alla prevenzione come ad un diritto rispetto al quale il detenuto ha spesso scarsa consapevolezza. La formazione/informazione consente in tal senso di rendere la persona detenuta più consapevole e di fornirle degli strumenti per l'esigibilità dei diritti, soprattutto in un contesto di degrado e insalubrità degli spazi come quello che caratterizza l'attuale stato degli istituti penitenziari italiani.

I momenti di formazione/informazione più informali vengono da molti considerati come più efficaci: molti medici riferiscono di raccogliere spesso dagli agenti domande su quali siano i rischi a cui possono essere esposti e le eventuali precauzioni da assumere (anche se col tempo sembra

essere maturata una maggiore conoscenza da parte della polizia penitenziaria della malattia e dei rischi ad essa connessi).

Per quanto riguarda invece i detenuti, in primo luogo, assume grande rilevanza la relazione che si instaura tra medico e paziente; il momento della visita diventa "l'attimo da cogliere" per trasmettere determinati messaggi alle persone ristrette, rispetto ai comportamenti che è opportuno adottare come forma di tutela per sé e per gli altri.

In secondo luogo, è rilevante la relazione tra gli stessi detenuti e il "passaparola" diventa anch'esso una forma particolarmente efficace per trasmettere delle misure precauzionali e comportamentali.

Alcuni intervistati ritengono che la *peer education* sia il metodo in assoluto più efficace, grazie soprattutto alla vicinanza di linguaggi tra "formatori" e "formati" e pertanto incentivano lo sviluppo di progetti formativi di questo tipo.

Anche tra le persone uscite dal carcere, c'è chi sostiene l'importanza della *peer education*, o, più in generale, di percorsi che siano realizzati non soltanto da operatori sanitari, bensì da soggetti esterni (volontari, rappresentanti di organizzazioni impegnate sul tema, ecc.). .

Più in generale, come ricordato più sopra, parlando di formazione/informazione, le persone con trascorsi carcerari hanno più volte mostrato di ricollegarle ad un intento anti-discriminatorio, più che preventivo. La formazione/informazione dovrebbe in tal senso servire a diffondere una conoscenza della malattia che consenta sia l'adozione di idonee misure preventive sia il contrasto della discriminazione delle persone sieropositive all'interno del carcere.

In conclusione: è possibile la prevenzione in carcere?

Se c'è comune accordo sull'importanza della prevenzione e delle attività formative/informative come strumento per promuoverla, altrettanta consapevolezza emerge rispetto all'evidente scarsità di opportunità formative realizzate nelle carceri. Sia prima che dopo la riforma, sono estremamente rari i percorsi formativi nel campo della salute in genere e sulle malattie infettive nello specifico, realizzate negli istituti penitenziari.

L'atteggiamento generale è di privilegiare la cura anziché la prevenzione. Questo riflette un atteggiamento più generalizzato del nostro sistema penitenziario, dove ormai da tempo tutte le criticità sono affrontate in termini di *emergenze* e vengono a mancare invece risposte strutturali frutto di una programmazione degli interventi.

In altre parole, il servizio sanitario sarebbe ancora orientato alla logica della *prestazione* anziché a quella di *servizio*, verso la quale la riforma vorrebbe tendere. La riforma in questo senso richiama la nota definizione di salute fornita dall'OMS, salute che non va intesa meramente come assenza di malattia, bensì in un senso più ampio di benessere fisico, psichico e sociale.

La concretezza della vita detentiva risulta ben lontana da questa definizione, anche a causa di un altro dato ricorrente, rappresentato dalla consapevolezza diffusa tra gli operatori che la realizzazione di una significativa attività di prevenzione sarebbe comunque vanificata dalle condizioni strutturali degli istituti di pena.

Su tali questioni convergono anche le opinioni delle persone con trascorsi carcerari: il carcere non è il luogo adatto per gestire la sieropositività (così come molte altre patologie), per cui la proposta è spesso di spostare all'esterno le risposte e di implementare percorsi di accompagnamento.

E' opinione comune che "non serve una riforma della sanità, serve una riforma del carcere". Qualunque intento di migliorare il servizio sanitario offerto in carcere, in termini di educazione sanitaria, prevenzione e cura, deve necessariamente fare i conti con le carenze strutturali e le criticità della vita all'interno degli istituti. Ciò significa che il miglioramento dell'assistenza sanitaria offerta alle persone ristrette non può prescindere dal dialogo e dalla collaborazione tra sistema sanitario e sistema penitenziario, per concretizzare il passaggio dalla cura al prendersi cura.

Alla luce di quanto sopra illustrato, si ritengono utili le seguenti raccomandazioni:

- E' raccomandabile l'adozione di una logica preventiva in base alla quale le criticità sanitarie siano affrontate in modo strutturale e non emergenziale, mediante la programmazione degli interventi
- Predisposizione, al momento dell'ingresso in carcere, dell'offerta di informazioni sulla trasmissione delle malattie infettive per via ematica, sessuale e sulle modalità idonee a prevenire la diffusione, della possibilità di sottoporsi al test di screening HIV, di beneficiare del counselling pre e post test (anche in caso di risultato negativo), eventualmente in collaborazione con operatori e/o mediatori culturali delle associazioni operanti sulle tematiche di HIV/AIDS
- Organizzazione di una raccolta sistematizzata dei dati relativi ai test effettuati e rifiutati
- Garanzia dell'accesso alla profilassi post esposizione da parte delle persone detenute e del personale che a diverso titolo opera in carcere
- Organizzazione di momenti di informazione/formazione sanitaria rivolti alle persone detenute al fine di ridurre il rischio di insorgenza o di aggravamento delle patologie più frequentemente riscontrabili tra la popolazione detenuta e promuovere l'aderenza agli schemi terapeutici prescritti; tale intervento rappresenta, tra l'altro, la messa in pratica da quanto già sollecitato dal "Documento di indirizzo sanitario" emanato nel 2006 dal Ministero della Giustizia
- Adozione di protocolli terapeutici di terapia sostitutiva a mantenimento per le persone

con problemi di tossicodipendenza, come raccomandato dall'UNAIDS.

- Aprire un confronto in merito alle raccomandazioni di OMS e UNAIDS relative alla introduzione di programmi di distribuzione di siringhe e alla disponibilità di preservativi all'interno degli istituti di pena. Occorre ricordare a tal proposito, che l'OMS ha raccomandato la disponibilità di preservativi e siringhe all'interno delle carceri a partire dalle linee guida del 1993 e che, laddove queste disposizioni sono state seguite, non si sono verificati problemi di sicurezza, né di aumento dei comportamenti a rischio.
- Predisposizione di un kit di prevenzione per contrastare la diffusione di infezioni quali HIV ed epatiti da consegnare alle persone al momento dell'uscita dal carcere per permessi o scarcerazione
- Attivazione di uno spazio informativo rivolto alle persone ristrette finalizzato alla raccolta dei bisogni relativi alla educazione alla salute; a tale scopo è utile prevedere la collaborazione di mediatori culturali
- Attivazione di percorsi formativi congiunti, rivolti agli operatori penitenziari e sanitari, sui principi della riforma e sull'opportunità di passare dalla logica della prestazione a quella di servizio.
- Attivazione di momenti formativi rivolti a detenuti ed operatori penitenziari sulla prevenzione, sul contrasto della trasmissione relativamente alle patologie più frequentemente riscontrabili tra la popolazione detenuta, sul contrasto dello stigma esistente all'interno degli istituti carcerari; anche in questo caso è opportuno prevedere la collaborazione con mediatori culturali; a questo proposito molti operatori hanno sottolineato come il metodo della peer education sia raccomandabile in quanto funzionale a questo tipo di formazione.
- Attivazione di momenti formativi rivolti ai medici sulla rilevanza e sulle modalità di effettuazione dello screening HIV.
- Organizzazione, in previsione della scarcerazione, di momenti di informazione/formazione ed orientamento all'utilizzo dei servizi esterni, in collaborazione con personale sanitario e mediatori culturali.