

Studio

**sull'efficacia dei programmi di
prevenzione**

**rivolti alle persone sieropositive o malate
di AIDS**

ristrette in carcere

Ente committente: Ministero della Salute

GRUPPO DI LAVORO

Comitato scientifico



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO



Partners:



PREMESSA METODOLOGICA

Analisi qualitativa: 25 interviste a persone ex detenute e 34 a personale degli istituti di: Piemonte, Lazio, Sicilia

Analisi quantitativa: 126 questionari somministrati a:
Direttori/Sovraintendenti - Dirigenti medici -
Medici/Infermieri - Agenti di polizia penitenziaria

INGRESSO IN CARCERE

No disponibilità prodotti di igiene e vestiario (50%)

No distribuzione estratto Ordinamento Penitenziario e regolamento interno, né opuscoli informativi sulla salute (60%)

No materiale informativo su prevenzione HIV e MST (70%)

Per $\frac{1}{4}$ intervistati no colloqui con psicologo per oltre il 76% delle persone ristrette

Sì offerta esami ematochimici:

Emocromo, TBC, TPHA, HAV, HBV, HCV, HIV,

Catabiliti urinari per stupefacenti

Scarsa aderenza alla proposta

LA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI AMMALRSI

34% Disturbi psicologici dovuti all'isolamento e alla mancanza di una vita affettiva e relazionale

30% Possibilità di contrarre malattie dermatologiche, TBC, scabbia, epatite B e C

POPOLAZIONE DETENUTA TOSSICODIPENDENTE

Nel 2010 le persone tossicodipendenti in carcere costituivano il 38,2% della popolazione detenuta
Per la maggioranza degli intervistati viene adottata una terapia sostitutiva a scalare

Per il 38,3% è adottata una terapia non sostitutiva

Per il 93% è possibile che le persone tossicodipendenti al loro ingresso incontrino gli operatori del Dipartimento delle dipendenze.

No celle singole

Per 96% operatori, sì segnalazione al servizio esterno competente

I DETENUTI STRANIERI

Nel 2010 rappresentavano il 44% della popolazione detenuta

Sono affetti per lo più da patologie dermatologiche, odontoiatriche ed infettive

Criticità: carenza/ mancanza di mediatori culturali che facilitino la relazione con il personale sanitario

LE DETENUTE MADRI

Per il 13% degli intervistati la visita pediatrica per i minori che entrano in carcere con la propria madre non è contestuale al loro ingresso; per il 50% avviene entro il giorno successivo

Per il 51% non esiste una reperibilità pediatrica

Per il 70,5% la madre accompagna il proprio bimbo per gli esami e le visite mediche all'esterno

Per l'88,6% la madre può assistere il bimbo durante il ricovero in ospedale

I DETENUTI CON ALTRE PATOLOGIE

Secondo il 48,5% del personale sanitario la patologia più diffusa è l'epatite C, cui seguono in ordine decrescente l'HIV, l'epatite B e la scabbia

Il 42% degli operatori afferma che non è previsto un servizio di assistenza psicologica per quanti soffrono di patologie gravi

LA RACCOLTA DEI DATI EPIDEMIOLOGICI

Gli ultimi dati disponibili sono del 2008, perché con il passaggio della medicina penitenziaria al SSN, il Ministero di Giustizia non ha più raccolto i dati sanitari. Il SSN non ha predisposto un modello uniforme per la loro raccolta.

PRIVACY: QUESTIONE APERTA

Tra quanti operano in carcere vi sono 3 posizioni differenti

- 1) la privacy va comunque rispettata (Operatori sanitari)
- 2) la privacy andrebbe rispettata, ma le dinamiche interne al carcere non lo consentono
- 3) anche gli operatori penitenziari debbono conoscere lo stato sierologico della persona reclusa perché le normali precauzioni non riparano dal rischio di contagio (50% intervistati)

PERCEZIONE DELLA MALATTIA

Gli operatori minimizzano il problema dell'AIDS perché:

- Il trattamento clinico non suscita particolari criticità
- infettarsi in carcere è improbabile
- tra i detenuti si è consolidata l'accettazione della malattia a fronte del rispetto delle regole di convivenza

Le persone uscite dal carcere, invece, ritengono che l'isolamento da parte dei compagni di detenzione sia la norma

IL RISCHIO DI CONTAGIO

Medici, direttori e personale di custodia riconoscono il rischio connesso all'uso di droghe e a rapporti sessuali non protetti oltre che ad atti di autolesionismo

Per il 50% degli intervistati Il sovraffollamento incide poco sul rischio di contagio

Alcuni di loro esplicitano l'opportunità di distribuire ai detenuti siringhe sterili e profilattici

IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA

Nei $\frac{3}{4}$ degli istituti in cui si è svolto lo studio non sono presenti sezioni dedicate

Per gli operatori ciò è dovuto:

- alla mancanza di risorse
- all'intento di evitare il rischio di ghettizzazione

Per le persone con trascorsi carcerari il rischio di ghettizzazione sarebbe maggiore nelle sezioni comuni.

Nelle sezioni dedicate vi sarebbero migliori condizioni igieniche oltre ad un maggior supporto medico e psicologico

La maggior parte degli operatori intervistati dichiara importanti ritardi nell'effettuazione di esami e visite specialistiche ed irregolarità nella somministrazione della terapia

Il 30% afferma che l'insufficiente budget disponibile per l'approvvigionamento dei farmaci causa l'interruzione o la mancata somministrazione delle terapie

Alcuni riportano la contrapposizione tra l'interesse alla cura e quello di abbassare il livello di CD4 ai fini della scarcerazione

Il 65% afferma che i farmaci vengono assunti alla presenza di personale sanitario per evitare il loro utilizzo come merce di scambio

Una piccola percentuale di operatori (soprattutto in Sicilia) ritiene il carcere più funzionale al trattamento dell'infezione HIV perché le regolari condizioni di vita favorirebbero il miglioramento del quadro clinico

Ai fini della continuità della cura, il carcere permetterebbe di “agganciare” le persone che vivono la strada, motivandole a continuare la cura presso le strutture esterne

Molti riportano il dato della frequente presenza di persone in AIDS, in stato avanzato nonostante la legge 231/99 abbia sancito l'incompatibilità tra carcere e malattia conclamata

Al momento dell'ingresso in carcere nel 15,8% dei casi il farmaco utilizzato è indisponibile e quindi sostituito

Il personale sanitario è favorevole all'uso di farmaci combinati sia per l'efficacia che per la praticità

Per il 65% degli intervistati i farmaci sono assunti in presenza di personale sanitario;

Se in autogestione, sono assunti correttamente per l'86% degli intervistati

LA PREVENZIONE

I mezzi di protezione

Mezzi protettivi quali camici, mascherine ed occhiali, seppur presenti, sono usati per lo più solo in caso di episodi eccezionali sia dagli operatori penitenziari che sanitari

La loro fornitura se non accompagnata da un più ampio discorso preventivo, risulta inutile

L'uso dei guanti in lattice è per lo più rispettato perché considerato protettivo per sé e per il detenuto

Dalle persone ex detenute l'uso dei guanti da parte del personale di custodia è vissuto come discriminatorio e sintomo del timore di entrare in contatto con un corpo malato

Questo vissuto non è presente se ad indossare i guanti è un operatore sanitario

Le strategie utilizzate dalle persone detenute

Secondo alcuni operatori le persone detenute non adottano precauzioni per mancanza di interventi informativi da parte dell'istituzione;

altri ritengono che i detenuti rispettino le comuni norme igieniche (no scambio di spazzolini, bicchieri....)

Per le persone ex detenute sono scontati la volontà e l'interesse a mantenere condizioni salubri, ma la fatiscenza delle strutture lo impedisce provocando l'aggravamento della malattia

L'offerta di screening

Risposte contraddittorie anche da operatori dello stesso istituto: per alcuni l'offerta è rivolta a tutti i nuovi giunti, per altri solo a persone tossicodipendenti

I motivi della mancata proposta sono:

- superficialità da parte del medico
- sfiducia nello screening come strumento di prevenzione
- mancanza dei fondi necessari

Il consenso all'effettuazione del test risulta correlato alla modalità di offerta, al counseling mirato a spiegare l'importanza di un intervento precoce in caso di positività per bloccare l'evoluzione della infezione

La disomogeneità di offerta è confermata dalle persone uscite dal carcere per le quali vi sono differenti prassi fra sezioni comuni e sezioni dedicate

La formazione/informazione

Tutti gli intervistati ritengono importanti interventi informativi e formativi sia formali che informali. I momenti informali sono ritenuti efficaci perché permettono di rispondere a quesiti puntuali posti da un interlocutore particolarmente recettivo.

E' ritenuta fondamentale sia la relazione con il medico (il momento della visita è l'attimo da cogliere) che la peer education per la vicinanza di linguaggi tra formatori e formati.

Le persone ex detenute ritengono che la formazione permetta maggior consapevolezza dei diritti e il contrasto della discriminazione.

Raccomandazioni

Coordinamento a regia regionale fra sistema penale e sanitario per concretizzare attuazione DPCM 2008

Al momento dell'ingresso in carcere offerta di:

- informazioni sulla trasmissione di patologie infettive per via ematica e sessuale e sulle modalità idonee a prevenirne la diffusione
- screening HIV e counselling pre e post test (anche se esito negativo) con eventuale ausilio di operatori e mediatori delle associazioni

Garanzia continuità terapeutica all'ingresso, ed in occasione di trasferimenti, permessi, scarcerazione

Garanzia di costante fornitura dei farmaci antiretrovirali

Offerta di un trattamento farmacologico rispondente alle linee guida ministeriali

Garanzia della disponibilità degli esami di laboratorio per monitoraggio clinico e visite specialistiche

Comunicazione tempestiva al medico della scarcerazione perché possa predisporre la relazione clinica, la fornitura delle terapie e l'eventuale aggancio al centro specialistico territoriale

Adozione di protocolli terapeutici di terapia sostitutiva a mantenimento e non solo a scalare, come raccomandato da UNAIDS

Confronto su raccomandazioni OMS e UNAIDS relative all'introduzione in carcere di programmi di distribuzione di siringhe e preservativi (linea guida OMS 1993)

Adozione cartella clinica informatizzata

Superamento di prassi operative stigmatizzanti (distribuzione terapia, croce rossa su cartella clinica..)

Collocazione detenuti affetti da HIV/AIDS in centri clinici, infermerie, sezioni migliori dal punto di vista igienico- ambientale e che accolgano persone che presentano altre problematiche sanitarie

Organizzazione in previsione della scarcerazione di momenti informativi/formativi sull'utilizzo dei servizi esterni, in collaborazione anche con mediatori culturali

Promozione della continuità di cura alla dimissione anche per i cittadini stranieri non in regola ai sensi dell'art 35 del D.L.vo 286/98 e della circolare 5/2000 del Ministero della Salute

Predisposizione di un Kit di prevenzione per contrastare diffusione di infezioni (HIV, HBV, HCV....) da consegnare al momento dell'uscita dal carcere

Promozione dell'applicazione delle misure alternative alla detenzione anche per la popolazione straniera