

L'infezione da HIV in regime di detenzione

Articolo pubblicato su Nadir n. 42

a cura di Giancarlo Condoleo - referente area carcere Lila Nazionale

La persona sieropositiva sottoposta a regime di detenzione, subisce un danno fin dal momento dell'arresto. Deve inevitabilmente interrompere la terapia antiretrovirale perché non è consentito portare farmaci in cella. Interruzione che si protrae fino a nuova visita con infettivologo e, nonostante tutte le linee guida in tema di HIV affermino da anni quanto sia basilare l'aderenza, la sospensione porta al replicarsi di ceppi resistenti e al fallimento dell'intera terapia.

Al contrario di ciò che avviene tra i liberi cittadini, dove la trasmissione avviene soprattutto per via sessuale, la maggior causa dell'infezione da hiv in carcere resta la tossicodipendenza. Attualmente il 50% dei detenuti è in carcere per violazioni delle leggi sulle droghe. Secondo una ricerca diffusa poco tempo fa sono più di 20.000 i consumatori di sostanze illegali presenti in carcere.

Un rapporto della Società Italiana di Medicina e Sanità penitenziaria (Simspe) ha evidenziato che, su un campione di 1.300 detenuti su scala nazionale, più della metà della popolazione carceraria ha varie patologie. Tra queste spicca preminentemente l'HIV spesso aggravata dalla coesistenza di altre patologie, la cifra più allarmante è che per il 17% di detenuti l'infezione da HIV è correlata a patologie virali croniche fra cui l'epatite C. Attualmente questa coinfezione nel sud Europa è la causa maggiore di decessi tra i sieropositivi.

Bisogna infondere nell'opinione pubblica che i reclusi non sono solo un problema di sicurezza sociale, ma sono persone titolari di diritti, come quello alla salute, che non devono perdere una volta entrati in carcere. La coinfezione HIV/HCV colpisce quindi circa il 20% dei detenuti. La cura risulta molto critica in regime di detenzione, ha migliori risultati nei trattamenti in comunità, ma è una terapia lunga, richiede circa un anno di infusioni endovenose di interferone unitamente alla terapia con ribavirina: entrambi hanno pesanti effetti collaterali. Ciò provoca il rifiuto della terapia da parte del paziente detenuto o l'interruzione per gli effetti troppo tossici della stessa, senza tenere conto poi dei pesanti problemi logistici legati al problema dei trasferimenti.

Altra nota dolente è la mancanza di trapianti di fegato, di cui le persone coinfette hanno urgente bisogno. I criteri di inclusione italiani sono molto ristretti, escludono assuntori attivi di sostanze e coloro che assumono metadone mentre in alcuni paesi europei è già stato dimostrato scientificamente che non esiste nessuna differenza clinica. I risultati ottenuti sono stati verificati, condivisi e resi pubblici.

Quindi nell'affrontare il tema HIV in carcere bisogna innanzitutto avere un diverso approccio riguardo al problema droga. Un diverso approccio e pratica d'intervento vedrebbe, senza alcun dubbio e in breve tempo, migliorare le pratiche e gli interventi di cura legate alle infezioni virologiche e anche la riduzione di questo tipo di popolazione detenuta. Il detenuto è un cittadino che deve godere degli stessi diritti della popolazione non detenuta. Primo tra tutti la continuità terapeutica: se si sta seguendo un trattamento, questo non può essere interrotto per il solo motivo di essere in prigione. E questo deve valere soprattutto per i programmi di mantenimento metadonico. La messa in atto di regimi alternativi per coloro che sono in regime detentivo per reati legati all'uso di sostanze, basterebbe per risolvere lo stesso problema di sovraffollamento nelle

carceri. Dovrebbe esistere un pronto intervento metadonico per le persone che appena arrestate si trovino in stato di astinenza e un contatto immediato con il proprio centro di cura per le persone HIV positive che garantisca l'accesso immediato e continuo alla cura.

Inoltre, a fronte del comprovato consumo di droghe anche all'interno del carcere, occorre prevedere l'utilizzo di mezzi di prevenzione e di riduzione del danno soprattutto per arginare le infezioni da HIV e le epatiti. In alcuni paesi europei esistono programmi di distribuzione di siringhe sterili e preservativi all'interno delle carceri.

Altro punto fondamentale è il rispetto del diritto al consenso informato riguardo al sottoporsi o meno al test per la ricerca degli anticorpi HIV. In carcere dove la stigmatizzazione è già pesante di per sé, il diritto all'anonimato deve essere ancora più salvaguardato che fuori, e quindi evitare ogni forma di discriminazione o segregazione nei confronti di persone con HIV o Aids. Di fatto bisogna sottolineare che l'abolizione della legge 222/93 ha nuovamente riempito le celle di persone in Aids conclamato: persone a cui bisogna garantire il diritto a non morire dietro le sbarre secondo quel senso di "umanità" al quale la stessa Costituzione italiana richiama tutti i cittadini.

In un luogo chiuso e ristretto come il carcere la discriminazione è amplificata, nutrita ovviamente dall'immaginazione collettiva esterna dell'opinione pubblica con false ideologie sui consumatori di droga e sulle deviazioni morali che hanno portato ad infettarsi del virus HIV: l'isolamento, le violenze psicologiche, i disturbi psichici sono le inevitabili conseguenze. L'infezione da HIV spesso viene considerata in subordinazione alle problematiche della tossicodipendenza e, qualora non si arriva a dei risultati terapeutici positivi nella risoluzione della dipendenza, anche la cura dell'infezione da HIV ne viene pregiudicata perché viene messa in dubbio l'aderenza dei pazienti e i benefici degli stessi farmaci antiretrovirali.

Il sistema penitenziario italiano ha una struttura totale: è forte la linea del controllo che mette a dura prova la pratica dei diritti. Non esiste, ad oggi, un sistema epidemiologico che documenti morbilità e mortalità per causa in tempo reale e completo. Questo silenzio copre uno stato disastroso e insostenibile nella tutela della salute dei detenuti. Il 2 aprile 2008 l'allora ministro della Salute, Livia Turco, e della Giustizia, Luigi Scotti, hanno sottoscritto, con il precedente presidente del Consiglio Romano Prodi, il decreto attuativo che stabilisce il passaggio della tutela della salute dei 42mila detenuti italiani al SSN. La sanità italiana dovrà dimostrare di essere capace di rispondere ai nuovi bisogni di salute in ambiti delicati come quello dell'assistenza sanitaria nelle carceri e negli OPG. Saranno le Regioni italiane ad assumere, ope legis, un ruolo attivo e responsabile per la tutela della salute nelle carceri italiane, un diritto costituzionale sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Per le MALATTIE INFETTIVE saranno due gli obiettivi preminenti:

- Sviluppare protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive clinicamente evidenti, con una dettagliata guida delle misure di barriera e delle procedure di isolamento.
- Sperimentare programmi di immunizzazione primaria (ad esempio epatite A e epatite B) e di terapie preventive per soggetti già infetti (ad esempio per la tubercolosi), anche attraverso una valutazione costo-efficacia. Sono provvedimenti urgenti, la cui mancata messa in atto rischia di allontanare l'Italia da quei paesi ove tali pratiche sono di uso comune. Essenziale per l'infezione da HIV è provvedere alla organizzazione degli accertamenti precoci, in particolare operando per la

prevenzione delle malattie infettive e polmonari, dei tumori, del diabete, delle malattie mentali. Il passaggio previsto dalla riforma penitenziaria al SSN, mette a disposizione una serie di servizi che riguardano il pronto intervento, il medico di base, gli specialisti richiesti dal detenuto e dal medico di base, e assicurerebbe l'assistenza farmaceutica gratuita per tutti i farmaci contenuti nel prontuario, per l'acquisto straordinario di farmaci straordinari appartenenti alle fasce A e B, che oggi il detenuto è costretto a comprare a prezzo pieno, perché il medico penitenziario non può per legge disporre del ricettario regionale.

E' previsto anche che dall'ingresso in carcere fino all'uscita, si pensi ad un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate. Saranno effettuate visite mediche e psicologiche all'inizio della detenzione, con particolare attenzione a tossicodipendenza, HIV e malattie mentali, e ad un corretto uso di farmaci. Per gestire HIV, tbc ed epatiti, si farà anche uno specifico programma per la salute della popolazione immigrata che è in continuo aumento. Si interverrà anche sulla riduzione dei rischi di suicidio con programmi mirati e sulle tossicodipendenze. Per i Sert che operano negli istituti penali si pensa all'istituzione di un'area a custodia attenuata per le fasi di astinenza: provvedimenti cui già si prevede una difficile e sofferente attuazione.

La paura è che si intralcino in burocrazie borboniche e controproducenti e vengano frenate da forze contrastanti. Questo è accaduto per quanto riguarda i provvedimenti riguardanti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: si era previsto che per il recupero e il reinserimento sociale dei malati psichici, i servizi psichiatrici fossero inseriti nei servizi sanitari generali della ASL, in gestione congiunta con i servizi e le istituzioni territoriali. Per curare i disturbi psichiatrici insorti durante la detenzione inoltre è previsto che siano create in ogni carcere delle sezioni di cura apposite. Per uno strano gioco di strumentali interpretazioni, gli OPG, diretti fino ad ora da psichiatri, sono, dal 16 giugno 2008, passati alla direzione dei direttori di istituti penitenziari con tutte le conseguenze prevedibili. Questa strategia attuata frettolosamente dal Ministero della Giustizia fa sì che anziché spingere una struttura verso un aspetto sanitario che già si è sperimentato, con l'evoluzione e l'affidamento degli ospiti degli OPG alla ASL di competenza, si ha l'effetto contrario, si isolano e criminalizzano i malati di mente, costretti a vivere la loro malattia in uno spazio con l'organizzazione di un carcere, privilegiando l'aspetto detentivo a quello possibile di cura e riabilitazione.

In un'ottica di garanzia di universalità del diritto alla salute anche per le persone momentaneamente private della libertà personale, è indispensabile che questo non sia leso dalle politiche di direzione dei servizi sanitari penitenziari. Il passaggio previsto dalla riforma è necessario, affinché detenuti e operatori sociali non continuino a vivere nell'incertezza e precarietà, per evitare che i detenuti malati curino le loro patologie in modo carente e non conforme, in strutture carcerarie dove la pratica sanitaria è estremamente faticosa e fittizia.

Agosto 2008