

Riduzione del Danno alle Sbarre

LilainFormazioneinLila 2013

Nocera Terinese

***La Riduzione del Danno in Carcere. Lo stato dell'Arte
nel Mondo***

Alessandra Cerioli

Lega Italiana lotta contro l'AIDS

www.lila.it



Struttura della presentazione

La Riduzione del Danno

Trasmissione dell'HIV

Interventi tra i consumatori per via iniettiva

Dati, criticità, comportamenti a rischio nella
popolazione ristretta

Come ridurre il danno in carcere (esperienze
europee)

Conclusioni e situazione italiana



LA RIDUZIONE DEL DANNO E'

**Una strategia sanitaria e sociale
che ha lo scopo di diminuire i
rischi e i danni correlati all'uso
di sostanze stupefacenti.**

(1994; Newcombe)



Le politiche di RDD si sono sviluppate negli anni Ottanta, in particolare in Olanda (primo Paese ad intraprendere programmi di scambio di siringhe sterili) e in Inghilterra nel Mersesyde (Liverpool).



LILA

La sede nazionale opera per uno sviluppo delle politiche sociosanitarie e per la crescita delle sedi locali che agiscono a livello regionale, provinciale e cittadino attraverso aree di intervento quali:

prevenzione, terapie, riduzione del danno, prostituzione, carcere, diritti

1992 LILA Promuove i primi progetti di RDD (Milano – Provincia).

Parte l'Unità di strada di RDD di San Giuliano Milanese

1995 Nasce il "Progetto Unità Mobile Monza" come attività sperimentale finanziata dalla Regione Lombardia

2011 5 sedi hanno interventi in carcere

3 sedi avevano interventi di riduzione del danno



HIV un infezione evitabile

si trasmette attraverso **SANGUE**

si evita usando **materiale sterile** per preparare e iniettarsi qualsiasi sostanza

(in Italia le trasfusioni e gli emoderivati sono sottoposti a controlli)

si trasmette attraverso **SPERMA** e **SECREZIONI VAGINALI**

si evita adottando le regole del **Sesso più Sicuro**

- rapporti penetrativi usare sempre il profilattico, per i rapporti anali anche il lubrificante
- rapporti orali evitare il contatto tra bocca/sperma, bocca/sangue mestruale

si trasmette da madre a nascituro/a attraverso

il **LATTE MATERNO** e il **PARTO**

Si evita attraverso la **profilassi pre natale**,

con il **parto cesareo**, evitando l'allattamento naturale



**2009 - WHO, UNODC,UNAIDS Technical Guide
Interventions for HIV prevention,treatment and care among
people who inject drugs**

1. Programmi di aghi e siringhe sterili (NSPs)
2. Terapie sostitutive per le dipendenze (OST)
3. Test HIV volontario e counselling (T&C)
4. Terapia Antiretrovirale (ARV)
5. Prevenzione e Trattamento delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST)
6. Fornitura di condom ai consumatori consumatrici e ai/alle loro partner
7. Informazione educazione e comunicazione target mirata (IEC)
8. Vaccinazioni, diagnosi e trattamenti per le epatiti virali
9. Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi (TB)

Prevalenza HIV in paesi selezionati

● Paese	● Prevalenza HIV in carcere	● Prevalenza stimata HIV in pop. adulta
● Canada	● 1-12%	● 0,2-0,5%
● USA	● 1,9%	● 0,4-1,0%
● Brasile	● 3,2-20%	● 0,3-1,6%
● Italia	● 7%	● 0,3%
● Spagna	● Fino al 14%	● 0,4-1,0%
● Federazione russa	● Fino al 4%	● 0,7-1,8%
● Vietnam	● 28,4%	● 0,3-0,9%
● Indonesia	● 4-22%	● 0,1-0,2%
● Ucraina	● 16-32% (5 regioni)	● 0,8-4,3%

HIV E HCV IN CARCERE

I Tassi di infezione da HIV in carcere sono molto più alti che nella comunità esterna

Anche quando i tassi HIV sono bassi, quelli dell'HCV restano alti – spesso superiori al 50%

Almeno il 50% delle Persone con HIV in Italia è coinfecta con l'epatite C

Altissimi tassi di coinfezione (coinfezione con HCV riscontrata in oltre il 90% dei detenuti sieropositivi di Genova)

Fonti: OMS, UNODC, UNAIDS, 2007; Jürgens, Ball, Verster, 2009;

Pontali, Ferrari, 2008; Dolan et al., 2007, Macalino et al., 2004,

Dolan & Wodak, 1999; MacDonald, 2005; Bobrik et al., 2005;

Taylor et al., 1995



Comportamenti a rischio

Molto diffusi nel contesto carcerario:

- **Sesso consensuale e non consensuale**
- **Consumo di droghe ANCHE per via iniettiva**
- Tatuaggi
- Scambio di rasoi e spazzolini da denti

...ma fino a ieri per le nostre Istituzioni l'unico comportamento a rischio nelle prigioni italiane pare essere

lo scambio di rasoi, spazzolini, tattoo. ..



Attività sessuale

Difficile ottenere dati attendibili

- Problemi metodologici ed etici
- I regolamenti carcerari vietano l'attività sessuale
- Vergogna e omofobia: i detenuti si rifiutano di partecipare agli studi
- Ammettere di essere stati stuprati è una violazione del codice di comportamento dei detenuti

Tuttavia, le prove sono inconfutabili: nelle carceri si fa attività sessuale, consensuale e non

Un metodo artigianale di “sesso più sicuro”
sono le dita dei guanti di gomma



Attività sessuale

- **Africa:** (Nigeria, Zambia, Mozambico): 4-5,5%
- **Sudamerica:** 10% (Brasile)
- **Asia:** 20% (Thailandia)
- **Europa centro-orientale:**
 - Russia** (9,7-12%; molto più elevata per le persone ristrette a lungo termine)
 - Slovacchia:** 19% delle donne, 5,6% degli uomini adulti, 8,3% dei giovani
 - Slovenia:** 19,3%
 - Ungheria:** 9%
 - Armenia:** 2,9% con rapporti penetrativi (36% non consenzienti)
- **Europa occidentale, Canada, Australia:** 1-12% degli uomini, fino al 37% delle donne



Prevenzione della trasmissione sessuale

- I programmi di educazione e informazione aumentano la consapevolezza (eg, Vaz, Gloyd & Trindade, 1996)
- Però ci sono poche prove che una maggior consapevolezza incida effettivamente sui comportamenti a rischio (Braithwaite, Hammett & Mayberry, 1996)
- È più efficace l'educazione tra pari (Grinstead et al, 1999)

L'educazione non basta !

- Fornire preservativi in carcere è attuabile
- Non rilevati problemi di sicurezza o altre conseguenze
- I detenuti li usano quando possono procurarseli facilmente e in modo discreto non dovrebbero mai doverli chiedere né essere

visti quando li prendono

Fonti: OMS, UNODC, UNAIDS, 2007; Correctional Service Canada, 1999; Dolan, Lowe & Shearer, 2004; May e Williams, 2002; Yap et al., 2007



Interventi chiave per prevenire la trasmissione per via sessuale

- Gli studi disponibili e l'esperienza di diversi sistemi carcerari in varie parti del mondo dove da anni ai detenuti vengono distribuiti preservativi, dimostrano che la distribuzione di preservativi è **attuabile** in una vasta gamma di contesti carcerari
- **Nessun sistema carcerario** in cui è consentita la distribuzione di preservativi è **tornato sui suoi passi**, e nessuno ha riportato problemi di sicurezza o qualsiasi altra significativa ripercussione.
- In particolare, è stato rilevato che la messa a disposizione dei preservativi **non intralcia** la routine della vita nel carcere, **non rappresenta una minaccia** per la **sicurezza** o **qualsiasi altro tipo di operazione**, **non porta a un aumento dell'attività sessuale** ed è **ben accetta da gran parte dei detenuti e degli agenti penitenziari** una volta introdotta. In generale, sono stati riportati solo piccoli incidenti relativi all'uso improprio dei preservativi (gavettoni, preservativi non gettati nel cestino etc.), e nessun caso di uso di preservativi per occultare droghe.
- **Non è ancora stato determinato** se la distribuzione di preservativi in carcere **prevenga le infezioni**. Tuttavia, ci sono prove che
- **i detenuti utilizzano i preservativi** per evitare infezioni sessuali se sono disponibili nel carcere.



Interventi chiave per prevenire la trasmissione per via sessuale

- Infine, i dati sembrano indicare che ci sono più probabilità che i detenuti utilizzino effettivamente i preservativi se possono **accedervi facilmente e in modo discreto**, magari potendosi procurare in vari punti di distribuzione senza doverli richiedere e senza essere visti.
- Tuttavia, i dati indicano che anche la distribuzione di preservativi da sola **non basta** a contenere il rischio di trasmissione dell'HIV per via sessuale nei contesti carcerari.
- **Le violenze, abusi sessuali compresi**, sono molto diffuse in molti sistemi carcerari. Pertanto, adottare **misure contro i comportamenti sessuali aggressivi** come gli stupri, lo sfruttamento dei detenuti più vulnerabili e tutte le altre forme di prevaricazione tra le persone ristrette è **importante almeno quanto fornire preservativi**.

Consumo di stupefacenti in carcere

Nelle carceri le droghe di fatto possono entrare, ed entrano
Molte persone sono in carcere proprio per reati legati agli
stupefacenti, e riescono a trovare il modo di consumare
anche dentro

Alcune persone interrompono il consumo in carcere

Altre iniziano proprio in carcere a consumare droghe (anche
iniettive)

**Nessun paese è riuscito a risolvere il problema
del consumo di stupefacenti nel contesto
carcerario**

**Ma sono ancora pochi i paesi che ammettono
di avere un consumo di stupefacenti
nel carcere e cercano di risolverlo**



Come Ridurre il Danno in Carcere

1992 Primo programma di accesso alle siringhe sterili in una prigione svizzera

1993 Linee guida OMS su Hiv e infezioni in carcere

1998 “Raccomandazioni del Comitato dei Ministri agli Stati membri in merito agli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere

2009 Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo:
La lotta contro l’Aids nella UE nei paesi vicini 2009/2013

“ **raccomanda agli Stati di avviare programmi di RDD in carcere”**



Paese	Anno di inizio	Numero di programmi
Svizzera	1992	7
Germania	1996	1 (6 programmi chiusi per decisione politica)
Spagna	1997	38
Moldavia	1999	7
Kyrgyzstan	2002	11
Bielarussia	2003	1
Armenia	2004	3
Lussemburgo	2005	1
Iran	2005	Da 1 a 6 (5 programmi aperti nel 2006)
Ukraina	2007	2 progetti pilota partiti nel 2007
Scozia	2007	2 progetti pilota partiti nel 2007
Romania		
Arzerbaijan		
Portogallo	2009-2010	Il programma è sospeso, ma nella legislazione portoghese è ammesso.

Come ridurre il danno in carcere

Svizzera

1985 Partono i programmi di distribuzione di condom nelle carceri

Viene distribuito un “hygiene kits” con condom, disinfettante, istruzioni per disinfettare le siringhe

1992 primo programma “informale” è avviato dal Dr. Probst nel carcere maschile di Oberscongrun

1994 il primo progetto pilota nel carcere femminile di Hindelbank

Sono state effettuate valutazioni sistematiche sugli effetti dell’accesso alle siringhe sterili sui comportamenti a rischio e della loro complessiva efficacia nelle carceri con almeno 10 progetti specifici in Svizzera, Germania e Spagna.



Come ridurre il danno in carcere

Spagna

1997 primo programma carcere maschile di Basauri (Bilbao)

180 ristretti dei quali il 30% tossicodipendenti dei quali il 15% con HIV

KIT in plastica dura con acqua distillata e salvietta disinfettata e condom

Distribuiti da operatori sociali in 2 luoghi “discreti” per 5 ore al giorno”

2 anni di progetto pilota 16,500 siringhe distribuite con più di 600 ristretti che sono entrati nel programma

Nessun incidente o episodio di violenza utilizzando siringhe è stato stato riscontrato



Come ridurre il danno in carcere

Moldavia

- 1 Colony 18 Branesti progetto pilota – siringhe sterili distribuite a mano dal personale sanitario del carcere
- 2solo 50 siringhe distribuite in 5 mesi
- 3 Siringhe sterili distribuite da operatori pari adeguatamente formati, supportati dalla amministrazione penitenziaria e dallo staff medico. Servizio attivo 24 ore al giorno. I pari vengono cambiati ogni anno

- 1 siringhe distribuite 115
- 2 siringhe distribuite 4350
- 3 siringhe distribuite 7150

Con ogni siringa: rasoio, condom, disinfettante e informazioni.



Risultati dei programmi con siringhe sterili

Carcere	Incidenza HIV	Scambio siringhe	Consumo stupefacenti	Consumo per via iniettiva
Am Hasenburg (GER)		↓	No aumento	No aumento
Basauri (ESP)	No HIV	↓	No aumento	No aumento
Hannoversand (GER)		↓	No aumento	No aumento
Hindelbank (CH)	No HIV	↓	Diminuzione	No aumento
Lehrter Strasse & Lichtenburg (GER)	No HIV ma HCV	↓	No aumento	No aumento
Linger 1 (GER)	No HIV	↓	No aumento	No aumento
Realta (CH)	No HIV	Casi singoli	Diminuzione	No aumento
Vechta (GER)	No HIV	↓	No aumento	No aumento
Vierlande (GER)	No HIV	Diminuzione minima	No aumento	No aumento

(Stöver & Nelles, 2003; Stark et al., 2005; Rutter et al., 2001)

Risultati dei programmi con siringhe sterili

Nessuna conseguenza negativa

- nessun aumento nel consumo di droghe, iniettive e non
- nessun episodio di aghi usati come arma

Aumento segnalazioni per programmi di disintossicazione

Maggiore sicurezza per il personale

Le persone ristrette che consumano droghe per via iniettiva **accettano prontamente** l'offerta di aghi e siringhe sterili

Nel tempo contribuisce a **ridurre notevolmente la pratica dello scambio di siringhe**

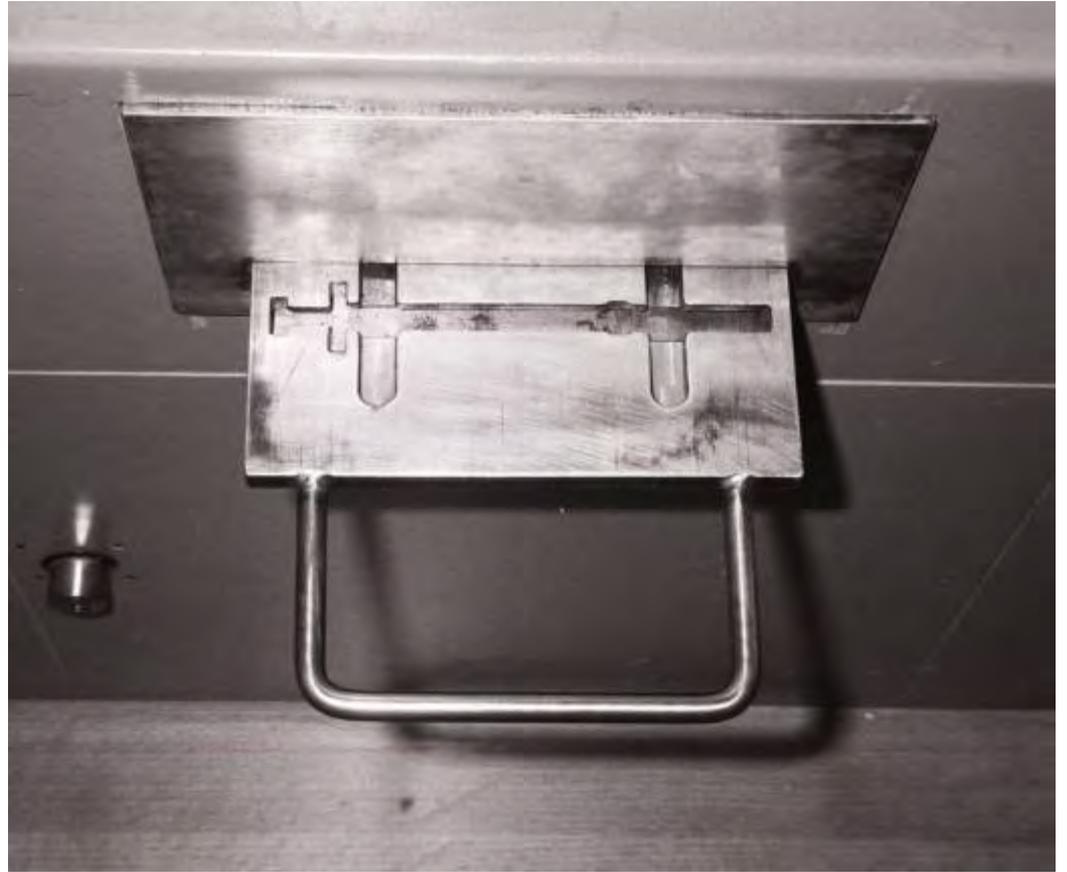


Come avviene la fornitura di siringhe sterili ?

Possibili vari metodi per distribuire materiale per il consumo di droga per via iniettiva

- Consegna diretta da parte di un/una infermiere/a e/o del medico del carcere
- Scambio uno-a-uno da un distributore automatico
- Distribuzione da parte di un detenuto appropriatamente formato (distribuzione tra pari)
- Distribuzione da parte di una ONG esterna o un operatore sanitario che si reca appositamente nel carcere
- Severità e sanzioni per chi abbandona il materiale





Fattori determinanti per la riuscita dei programmi di accesso alle siringhe sterili

Accesso facile e confidenziale per le persone ristrette

Accesso al tipo di materiale per il consumo di droghe iniettive desiderato

Sostegno da parte dell'amministrazione carceraria, del personale e delle altre persone ristrette
(nei programmi dovrebbero essere previsti interventi educativi specificamente mirati a questi gruppi)

Iniziare con progetti pilota in carceri selezionati, monitorarli, valutarli, poi estenderli ad altri



OMS, UNODC, UNAIDS raccomandano:

- di introdurli urgentemente in carcere
- di garantire un accesso facile e confidenziale
- di privilegiare lo scambio tra pari o la distribuzione attraverso le ONG
- sono vantaggiosi – per ogni euro speso per la loro implementazione nelle carceri se ne risparmiano moltissimi che altrimenti servirebbero in seguito per il trattamento delle malattie infettive



L'accesso alle siringhe sterili può bastare ?

Gli NSP sono molto importanti per ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV per via iniettiva

Da soli, però, non bastano ad azzerare il rischio

Bisogna integrarli con trattamenti efficaci e basati sulle evidenze, in particolare la terapia di mantenimento con metadone (MMT)

Bisogna integrarli con l'accesso alla diagnostica e alle cure delle malattie infettive



Programmi con metadone a mantenimento

In carcere è attuabile ed efficace

- beneficio più rilevante: **riduce il consumo di droghe iniettive e il relativo scambio di siringhe**, se il trattamento è adeguato quanto a dosaggio e durata

Altri risvolti positivi comprovati, per il sistema carcerario, i detenuti e la società:

- favorisce inizio e adesione ai trattamenti dopo la scarcerazione
- **diminuisce la percentuale di recidive**
- **effetto positivo su comportamento istituzionale**
- contribuisce a ridurre il rischio di overdose alla scarcerazione

Nessuna conseguenza negativa:

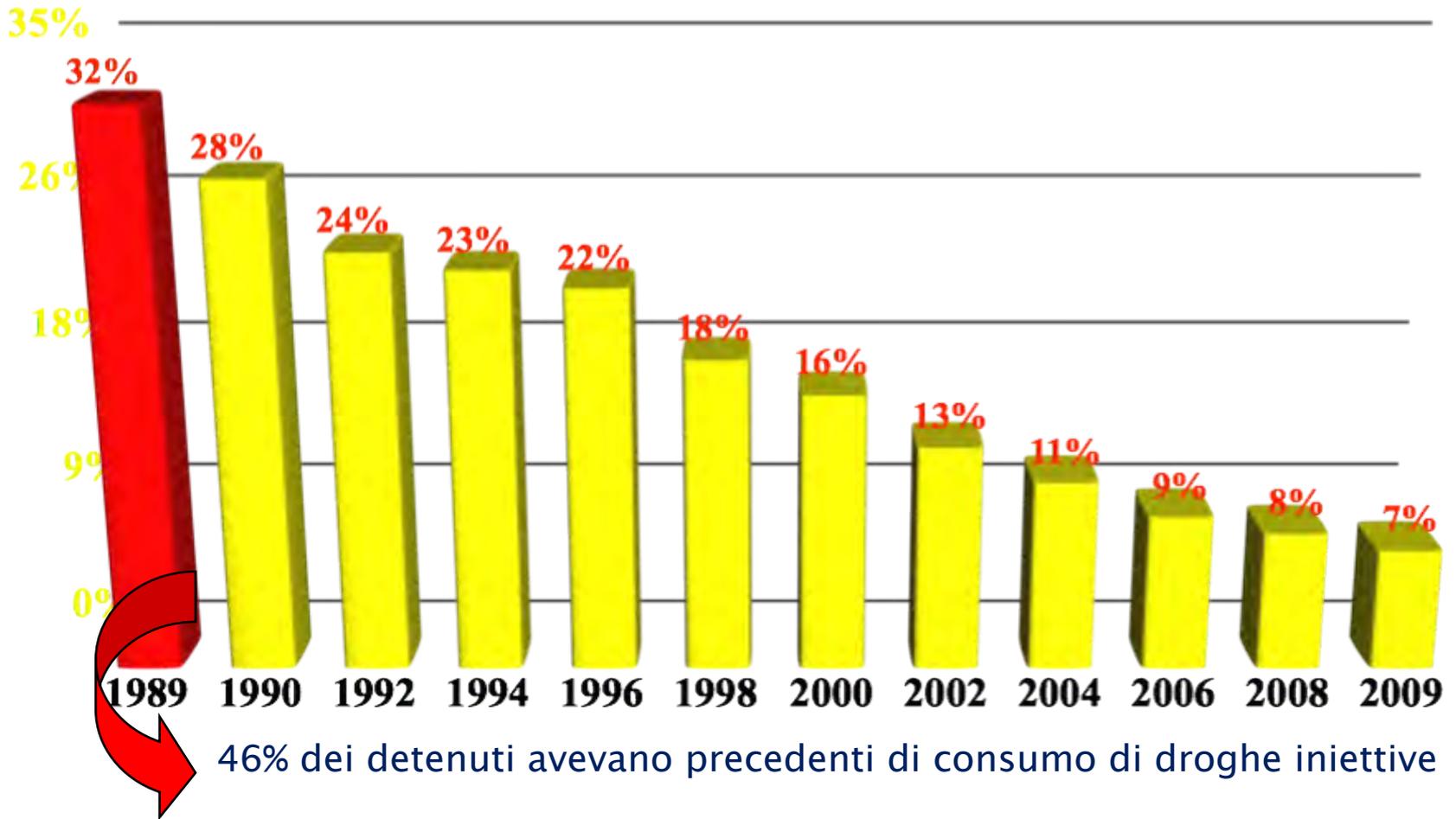
- nessun problema per sicurezza o comportamenti violenti

OMS, UNODC e UNAIDS raccomandano:

- di introdurre e **ampliare** al più presto l'accesso alle terapie con metadone in carcere
- di fare in modo che chi fruiva di metadone in libertà possa continuare a fruirne in caso di arresto e detenzione



Spagna: prevalenza HIV nelle carceri



Ci sono alternative per ridurre il numero di infezioni da HIV e HCV in carcere

Mancano alternative altrettanto efficaci

Ma in **Italia** quando si parla di prevenzione dell'HIV in carcere si intende:

- l'offerta del TEST HIV
- programmi informativi sulle modalità di trasmissione
- astinenza



HIV in carcere: altri interventi necessari

Fornire alternative alla detenzione per persone condannate per reati direttamente collegati alla tossicodipendenza (possesso di stupefacenti per uso personale o reati minori commessi per procurarsi la droga)

Offrire le terapie ARV a tutte le persone che le necessitano nelle stesse modalità disponibili al di fuori del carcere

“Alla luce dell’epidemia di AIDS e del suo impatto sulle carceri, potrebbe essere il caso che i governi rivedano la propria politica sul ricorso alla carcerazione, in particolare l’approccio penale al consumo di stupefacenti.” (OMS, 1987)



Concludendo

Tutti i detenuti hanno diritto a ricevere... ..strumenti di prevenzione pari a quelli disponibili al di fuori del carcere” (OMS, 1993)

L’ Italia è terribilmente in ritardo : serve urgentemente fornire accesso a preservativi, a siringhe sterili, al metadone in mantenimento, al test e al trattamento per HIV e HCV su base volontaria, durante la custodia preventiva e la detenzione



Il 15 marzo 2012 il Ministero della Salute e la Conferenza Stato Regioni hanno sancito una intesa sul documento di indirizzo **“HIV e Detenzione”**

Afferma che **“ i rapporti sessuali e gli scambi di siringhe siano pratiche NON INFREQUENTI in ambito carcerario “**

Per questo individua l'opportunità **“di avviare seri programmi di Prevenzione e Riduzione del Danno così come avviene negli altri paesi europei”**.

Tra le indicazioni operative **“ garantire Misure e azioni concrete per prevenzione delle Patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti in carcere , alle pratiche sessuali, ai tatuaggi ecc..(contatto precoce e mirato con adeguate informazioni , estesa disponibilità di farmaci sostitutivi, programmi di screenings calibrati per durata di detenzione, offerta attiva di contact –tracing e partner notification, campagne vaccinali, programmi mirati alle differenze di genere ecc..) anche attraverso procedure sperimentali”**

September 2012
26 | 27 | 28

Domus La Quercia
viale Fiume 112
01100 Viterbo
Italy

MAIN TOPICS



the European Conference

**ON INFECTIOUS DISEASES, HARM REDUCTION POLICIES
AND HUMAN RIGHTS IN PRISON**

 **SIMSPE**
ONLUS
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA E
SANITÀ PENITENZIARIA



SIMIT

SOCIETÀ ITALIANA DI MALATTIE
INFETTIVE E TROPICALI

STOP WAR ON DRUGS

