



Al Congresso Simspe il punto sul passaggio delle competenze sanitarie dalla Giustizia al Ssn

# Se il paziente è anche recluso

I modelli di intervento dalle tossicodipendenze all'integrazione con il territorio

L'aspetto centrale è il trasferimento delle competenze sanitarie dal ministero della Giustizia al Ssn nelle articolazioni regionali. Ambedue le istituzioni sono oggi corresponsabili della tutela della salute in carcere; se infatti al Ssn è propria una responsabilità professionale e organizzativa dei suoi presidi e della sua rete, l'Amministrazione penitenziaria, contesto operativo delle Aziende sanitarie, pur nel rispetto della normativa vigente, deve implementare percorsi di sostegno e facilitazione delle attività sanitarie in carcere. A fare il punto il XV Congresso nazionale della Società italiana di medicina e sanità penitenziaria che si è svolto a Torino dal 18 al 20 maggio scorsi.

Il trasferimento delle funzioni costringe tutti gli attori a un cambiamento radicale del modo di "fare sanità" in carcere: da una vision di sanità dell'urgenza e, di conseguenza, del presidio, a un presidio sanitario aziendale che operi mediante procedure di presa in carico dell'utente-detenuo, integrato alla rete aziendale per i servizi diagnostici e interconnesso alle altre funzioni cliniche riferite all'utente, in particolare la tutela della salute mentale, il trattamento socio-sanitario dei detenuti tossicodipendenti, la tutela dei detenuti con patologie infettive e internistiche. Presidio sanitario che operi, inoltre, in connessione con il Dipartimento aziendale di Prevenzione, per tutti gli aspetti relativi.

In questi sei anni si è quindi sul

campo delineata una nuova interpretazione del ruolo e della funzione dei medici e delle professionalità sanitarie in carcere, che viaggia in parallelo con la stessa nuova visione della detenzione alla quale l'Italia è sollecitata dalla Cedu di Strasburgo.

Il medico, quindi, quale case-manager dell'utente recluso, l'esercizio della professionalità infermieristica secondo l'attuale specifica normativa, le attività di specialistica ambulatoriale sviluppate in parallelo con l'assistenza primaria, il rinnovato impegno, anche sotto l'aspetto strettamente professionale, sul disagio mentale a seguito della normativa di superamento degli Opg, la presa in carico del detenuto tossicodipendente, l'integrazione con il territorio,

da cui il detenuto proviene e sul quale dovrà ritornare, e altro ancora, sono le tappe ambiziose di un percorso che richiede al personale sanitario grande professionalità e forte motivazione a interagire con una realtà di tutela della salute a forti connotazioni "sociali".

È evidente che cambiamenti così radicali richiedono tempi adeguati perché ambedue gli attori assumano una nuova cultura per un'attività che è storia nelle carceri italiane. Oggi la storia prosegue e si attualizza ai nuovi modelli di sanità. Se infatti le competenze dei due attori sono abbastanza evidenti, anche se ancora ritengo necessitano di una più chiara e cogente definizione formale, le loro interazioni necessitano di una revisione continua e dinamica, poiché in

una evoluzione così veloce dei modelli di intervento sanitario, anche gli Accordi in Conferenza unificata, pur di pochi anni or sono non possono essere ritenuti cristallizzati. Né è possibile modulare l'erogazione dei Lea all'interno degli Istituti penitenziari per adulti e minori avendo come riferimenti le sole esigenze di sicurezza, talora preponderanti anche sulle esigenze cliniche.

È emerso chiaramente nel corso dei lavori congressuali, nella elegante e significativa relazione del vice capo del Dap, **Francesco Cascini**, lo sforzo che a livello centrale è in corso, anche con nuove e sperimentali progettualità, per migliorare lo standard qualitativo della quotidianità negli Istituti penitenziari italiani, ma la nostra

impressione è che questo sforzo, condivisibile e pregnante per i suoi contenuti, sia ancora distante, talora anni-luce, dalla quotidianità pesante delle attività sanitarie presso gli Istituti territoriali, in molti dei quali ancora sembra che nulla sia cambiato rispetto al Dpcm 1° aprile 2008 e a ciò che a seguire è stato realizzato, sia pure con sforzi non indifferenti da parte delle Aziende sanitarie, considerate talora solo mere erogatrici degli stessi servizi precedenti alla riforma.

Per voce degli operatori nei numerosi momenti di discussione congressuale, ci è sembrato di cogliere come la situazione attuale sia ancora lontana da una adeguata normalizzazione, nell'interesse primario del principio della tutela della salute, la cui esigenza non

## IL PROGETTO MEDICS FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA

### Monitorare il disagio per prevenire i suicidi

Nell'ambiente penitenziario le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti e possono essere la continuazione o l'esacerbazione di disturbi psichici preesistenti, oppure la strutturazione di una risposta di tipo psicotico a eventi traumatizzanti dal punto di vista psicologico, quali l'entrata in carcere, l'attesa di giudizio, la previsione di condanna, la sentenza stessa.

Le fasi dell'accoglienza che si sviluppano attraverso le attività di immatricolazione, la visita medica, il colloquio con il psicologo e il colloquio con il direttore o un suo delegato, forniscono l'occasione per individuare gli specifici bisogni della persona e per orientare le conseguenti misure interne più appropriate, non escludendosi, nei casi più gravi, il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria. In tali momenti emerge la necessità della collaborazione tra figure professionali appartenenti a diverse amministrazioni, per delineare un approccio sinergico nei confronti del recluso e predisporre interventi di tipo collegiale. Inoltre, in questo ambito gli elementi di rischio autolesivo possono risultare amplificati nei casi di soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti oppure affetti da disturbi psichiatrici. Purtroppo, la crisi finanziaria con la ristrettezza di risorse, hanno inciso sfavorevolmente sui tempi di attuazione del percorso di presa in carico, imponendo risparmi di spesa alle amministrazioni penitenziarie e sanitarie anche sul personale da impegnare su questo difficile fronte. Le conseguenze di ciò sull'uomo detenuto, però, inducono a ragionare diversamente, in quanto l'aumento degli atti di autolesionismo costituisce un allarmante indicatore della carenza nella relazione d'aiuto che non è sfuggita agli organismi internazionali, come il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti.

La criticità che è cogente considerare per poter arrivare a una migliore gestione di tali patologie nelle persone detenute, possono essere sintetizzate in tre punti:

- l'evidente difficoltà di armonizzare progettualità e azioni su tutto il «territorio sanitario carcere» in applicazione del Dpcm 1° aprile 2008 inerente al trasferimento al Ssn della sanità penitenziaria;
- l'individuazione dell'ambiente carcere come chiaro elemento iatrogeno nello sviluppo di molte alterazioni della salute mentale, incluse le condotte suicidarie;
- la necessità di raccogliere con precisione



l'entità del dato ascrivibile ai disturbi mentali in ambito penitenziario, al fine di consentire interventi significativi, mirati per ognuno dei 206 Istituti penitenziari italiani.

È anche necessario sfatare che il disagio della persona detenuta coincida necessariamente con la patologia mentale, così come espresso in un interessante studio sulla popolazione carceraria abruzzese co-

ordinato da **Francesco Vadini**, che ha indagato i potenziali predittori di rischio suicidario sulla popolazione carceraria, evidenziando come la presenza di disfunzioni cognitive, in particolare della memoria e dell'information processing, e di elevata impulsività siano predittori di elevato rischio suicidario, indipendentemente dalla presenza di fattori tradizionali, quali l'abuso di sostanze e la comorbidità psichiatrica. Questi dati suggeriscono l'implementazione di strategie mirate di intervento.

In linea con tali necessità si inserisce il progetto Medics - Mentally disturbed inmates care and support (Presenza in carico e sostegno dei detenuti con disagio mentale). Il progetto, condotto dal Dap, cofinanziato dall'Ue e sviluppato insieme a Simspe, parte dalla necessità di ottenere un quadro di informazioni chiaro e dettagliato sulla situazione dei detenuti con disagio mentale, allo scopo di offrire accoglienza, presa in carico e trattamento specifici. Ciò anche in vista della prossima chiusura degli Opg e della conseguente istituzione di sezioni speciali dedicate a persone con problemi di salute mentale in molti istituti penitenziari italiani.

In conclusione, appare opportuno potenziare la capacità e migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le stesse figure professionali con l'obiettivo, pur nel rispetto delle competenze previste dalle norme vigenti, di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute e internate e dei minori privati della libertà. Il programma ipotizzato dovrà prevedere:

- una ricognizione dell'esistente in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;
- specifiche modalità operative e organizzative di intervento nei confronti del disagio che individuino sia le aree di coordinamento sia le professionalità;
- il monitoraggio e la valutazione delle procedure stesse.

**Alfredo De Riso**  
consigliere nazionale Simspe-Onlus  
Responsabile Uos di Psicologia  
penitenziaria Dsm Asl Rm H  
Professore a contratto di Psicologia  
Forense e Clinica penitenziaria,  
Università degli Studi  
"G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## TRA DISCONTINUITÀ E SCARSA COMPLIANCE

### La «marginalità» dei detenuti migranti

A 130 aprile 2014 negli Istituti penitenziari italiani erano presenti 59.683 detenuti, con una presenza di persone straniere di 20.521, pari al 34,4% del totale e per gran parte provenienti dall'Europa dell'Est (37,7%) e Africa settentrionale (30,1%), rappresentando da soli più dei due terzi della popolazione detenuta di origine straniera. In alcuni Istituti, la percentuale di detenuti stranieri supera addirittura il 60% del totale dei reclusi. Questa popolazione si contraddistingue rispetto alla popolazione italiana detenuta per:

- la giovane età: il 75,4% di detenuti stranieri ha meno di 40 anni;
- lo status sociale: il 60% degli stranieri detenuti è celibe/nubile mentre per gli italiani, questo status interessa meno del 40 per cento;
- la posizione giuridica, la percentuale degli stranieri senza condanna definitiva supera quella italiana;
- la tipologia di reato: la violazione delle leggi sulla migrazione risulta essere la tipologia di reato maggiormente ascrivibile ai detenuti stranieri, seguita dalla prostituzione e dalla violazione delle norme delle droghe;
- minor permanenza negli istituti di pena: in una osservazione del 2009, il 75% di detenuti stranieri entrati nel corso dell'anno sono usciti lo stesso anno;

di questi il 44% entro una settimana dalla carcerazione.

Anche il profilo sanitario, in linea con quanto accertato nei migranti in libertà, risulta essere migliore rispetto ai detenuti italiani sia in termine di benessere che di numero di patologie presentate, ma suscettibile di rapido deterioramento legato a condizioni di marginalità e fragilità sociali.

Vi è una prevalenza superiore, rispetto agli italiani, di cutireattività al Ppd indice di avvenuta infezione Tuberculare e di infezione da Hbv; per quanto riguarda invece l'Hcv e l'Hiv sono i detenuti italiani a presentare una prevalenza decisamente maggiore rispetto agli stranieri. Non sono presenti casi di patologie tropicali di importazione.

Le criticità riguardanti l'assistenza sanitaria all'interno degli istituti, risultano dalla somma di fattori legati all'istituzione detentiva (mobilità, sovrappollamento, assenza di percorsi territoriali e di supporto sociale) e fattori che accompagnano il percorso migratorio del migrante; tra questi riconosciamo quelli presenti prima della migrazione (preimmigratori), quelli acquisiti durante il viaggio (migratori) e quelli incon-

trati in Italia (postmigratori): barriere giuridiche, sociali e linguistico-culturali, non conoscenza linguistica, diversa concezione di cura/malattie, credenze religiose, aspettative).

Questi fattori, da soli o in combinazione, associati alla marginalità sociale e allo stigma che la detenzione produce, possono essere considerati alla base di:

- un ridotto accesso alle misure alternative alla detenzione: nel 2010, il 56% di detenuti italiani residenti ha beneficiato di misura alternativa mentre solo il 17% dei detenuti stranieri ha ottenuto lo stesso beneficio;
- una discontinuità dei percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi in detenzione. Anche le espulsioni per motivi di giustizia sono una causa di discontinuità terapeutica: nel 2011-2012 sono stati espulsi dal carcere 1.816 persone (il 64% migranti di Albania, Marocco, Tunisia e Nigeria);
- una mancata o inappropriata accessibilità/fruibilità dei servizi, scarsa adesione/compliance ai percorsi e non ottimale, se non conflittuale, rapporto operatore utente.

Infine, anche per gli eventi critici in carcere la quota di stranieri continua a crescere: dal 2001 al

2011, un quarto del totale di suicidi in carcere è stato messo in atto da stranieri; il 57% del totale di gesti autolesivi è attuato da stranieri.

L'assistenza sanitaria per i migranti detenuti è complessa sia per l'eterogeneità della popolazione straniera detenuta, ma anche per la presenza di fattori antigenitivi non strettamente sanitari ma che limitano la presa in carico del paziente e che richiedono un approccio multidisciplinare, capace di garantire equità, accesso e favorire la Health literacy anche con l'aiuto della mediazione culturale, in una ottica di salute pubblica per il bene individuale e interesse della collettività.

La popolazione straniera detenuta rappresenta un osservatorio epidemiologico ideale, in grado di fornire informazioni utili anche per la gestione della popolazione immigrata estera la cui gestione richiede competenza culturale (operatori e di sistema) tenendo conto di determinanti sociali e culturali che condizionano il loro stato di salute.

**Faissal Choroma**  
Consulente infettivologo Casa circondariale Parma  
dirigente medico di Malattie infettive, Ausl Parma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



sempre appare prioritaria rispetto a esigenze di sicurezza e problematiche organizzative. E pur in una situazione così fortemente disomogenea l'impegno degli operatori permane elevato e costante, ma fino a quando?

Le prospettive devono cambiare e con rapidità anche per superare limiti e incongruità del Dpcm

1° aprile 2008 che già all'epoca più volte avevamo segnalato, inascoltato, da queste stesse pagine.

L'organizzazione aziendale dei servizi per la tutela della salute in carcere, l'implementazione del diario clinico al Fascicolo sanitario elettronico, la corretta condivisione dei dati giuridici e sanitari per la parti di rispettivo interesse,

l'avvio di percorsi nuovi e aderenti ai principi della sanità territoriale cui anche questo lembo di medicina, così peculiare, deve integrarsi, la definizione dell'ormai annosa problematica del residuo personale transitato già assunto/convenzionato ex legge 740/1970, sono oggi gli aspetti di fondo su cui impegnarsi per lanciare il sistema.

Al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria si chiede con forza un'azione sui suoi quadri dirigenziali intermedi e periferici, finalizzata alla condivisione sostanziale dei principi della riforma, affinché nelle singole realtà regionali e degli Istituti si superi la mera logica del volume e delle tipologie di prestazioni da erogarsi "all'interno", rispetto a logiche di intervento aderenti alla realtà sanitaria attuale e alle sue prospettive di sviluppo, in continua evoluzione.

**Luciano Lucania**  
vicepresidente *Simspe-Onlus*  
Dipartimento  
Tutela della Salute  
Regione Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## SERVONO RISORSE E SPECIFICA FORMAZIONE PROFESSIONALE

# Gli infermieri caregiver istituzionali dietro le sbarre

L'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, in particolare quella infermieristica, è completamente equiparata a quella erogata in una qualsiasi struttura pubblica; ne consegue come, per tutte le azioni professionali che incidono sul bene "salute", non vi siano limitazioni di responsabilità o differenze risarcitorie dovute alla diversa natura della struttura.

Da analisi effettuate sugli operatori sanitari presenti negli Istituti, è risultato essere il personale infermieristico quello sul quale incombe l'impegno di adattarsi ai differenti assetti organizzativi determinati dalla specificità di ogni Istituto.

L'assistenza infermieristica, che risponde a canoni organizzativi ben precisi, soffre della mancanza, sia in letteratura nazionale che internazionale, di riferimenti e modelli concettuali verso i quali ispirarsi.

Analizzando alcuni aspetti che determinano la complessità assistenziale, certamente l'età risulta essere un elemento di grande rilevanza.

Le classi di età dei pazienti più rappresentate all'interno degli Istituti sono: per le Case circondariali con detenuti in attesa di giudizio, dalla seconda alla quarta decade di vita; per le case di Reclusione con i detenuti definitivi dalla terza alla sesta decade, per gli Istituti Minorili, la seconda decade di vita, con la contemporanea presenza di ogni tipo di patologia possibile.

Il personale infermieristico, che per numero di unità rappresenta la parte più consistente degli operatori sanitari, nonostante sia diffusamente insufficiente rispetto alle necessità, deve organizzarsi diversamente nelle diverse tipologie penitenziarie:

- nelle Case circondariali, ha un assetto organizzativo regolato tenendo conto del ragguardevole turnover di detenuti e, poiché giudicanti, dell'estrema variabilità del periodo di permanenza nell'Istituto. In questo contesto, considerato il continuo ricambio di pazienti, si esprime con un'infermieristica di attesa, rispondente ai bisogni assistenziali, ma che non richiede quasi mai una vera e propria presa in carico infermieristica del paziente;

- nei Centri penitenziari, con la presenza di pazienti in esecuzione di pena, l'infermiere eroga la stessa assistenza configurata per la Casa circondariale, ma, con la presenza più costante dei pazienti, può svolgere il proprio ruolo esercitando un'infermieristica di iniziativa, avendo cura anche fare educazione sanitaria;

- negli Istituti per minori, dove vengono ospitati giovani in massima parte in buona salute, le attività svolte dall'infermiere si riferiscono principalmente alla infermieristica ambulatoriale e di iniziativa.

Gli infermieri penitenziari sono chiamati ad

affrontare ogni tipo di problema legato all'assistenza, da quella a lungo termine, passando per le emergenze/urgenze, fino al sostegno emotivo al paziente; appare evidente come una qualità in questo senso dei servizi, necessiti sia di un incremento delle risorse, che di sempre maggiore e specifica qualificazione professionale, anche riorganizzando le funzioni e le relazioni operative in maniera sempre più specifica per i differenti ambiti.

Queste strutture appaiono distanti da ogni altro ambito sanitario, perché spesso manca la fondamentale cooperazione dei pazienti/detenuti, che spesso manipolano il proprio stato di salute per migliorare la propria posizione di persona privata della libertà e predisporre l'accesso a eventuali benefici previsti dalla legge, perché gli ambienti ancora troppo spesso risultano fatiscenti.

In questi territori gli infermieri penitenziari riescono, tra numerose e immaginabili difficoltà, a garantire la continuità delle cure e i livelli assistenziali necessari, configurandosi come indispensabili caregiver istituzionali.

**Giuseppe Marcucci**  
coordinatore *Infermieristico Uoc*  
Tutela della Salute negli Istituti penitenziari  
Asl Napoli I Centro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LE LINEE GUIDA NON MANCANO MA LE POLITICHE RESTANO CARENTI

# Contro l'Hiv peer education e riduzione del danno

Nel 2012 e 2013 il Network persone sieropositive (Nps) ha partecipato attivamente, con un peer-educator, al progetto *Simspe* "La salute non conosce confini", che aveva come obiettivo dare informazioni alle persone detenute sulle modalità di contagio e sulle cure oggi disponibili riguardanti l'Hiv, l'Hcv e l'Hbv, di sollecitare il maggior numero possibile di detenuti a effettuare il test e, aspetto non secondario, di toccare il tema dello stigma e delle discriminazioni che ruotano attorno a tali patologie. Il progetto, realizzato in alcuni carceri italiane, è consistito in un duplice intervento: il primo, di tipo più scientifico e medicale, affidato al responsabile infettivologo del carcere e il secondo sviluppato attraverso la personale testimonianza di un peer educator.

Il periodo di detenzione rappresenta un momento favorevole, forse unico, per il detenuto per fermarsi a riflettere e prendersi cura di sé, e potrebbe rappresentare un valido aiuto anche per la sanità pubblica, che potrebbe raggiungere gruppi di persone altrimenti non raggiungibili (gruppi vulnerabili, migranti senza permesso di soggiorno ecc.).

Fare una buona prevenzione in carcere significa sapere affrontare apertamente e senza pregiudizi tematiche quali la sessualità e l'uso di sostanze stupefacenti: negare la valenza in ambito carcerario, invece, non può che contribuire alla diffusione delle malattie trasmissibili virali. A riprova di ciò, al fine di contrastare la diffusione dell'Hiv e delle epatite B e C, Who, Unodc e Unaid raccomandando l'introduzione di programmi di riduzione del danno nelle carceri (scambio siringhe, profilattici, kit tatuaggio), garantendo un accesso facile e confiden-

ziale.

Purtroppo l'Ordinamento penitenziario italiano, a oggi, non consente l'ingresso di tali presidi in carcere. E complessivamente le politiche di contrasto delle infezioni da Hiv e delle epatiti nelle carceri appaiono assai carenti e per nulla coerenti con quanto definito a livello legislativo. La nostra costituzione, all'art. 32, tutela la salute di ciascun individuo come diritto fondamentale; da ciò dovrebbe discendere il diritto all'accesso alle cure e alla continuità assistenziale anche in regime detentivo, indipendentemente da quanto definito a livello dei diversi sistemi sanitari regionali. Non va poi dimenticato che la sanità penitenziaria rientra ormai tra i Lea. Eppure una valida normativa non manca: l'ultimo documento d'indirizzo su "Infezione da Hiv e detenzione", del marzo 2013, contiene alcuni elementi, a nostro avviso, fondamentali: la gestione del detenuto con Hiv da parte di una équipe di professionisti, medici e infermieri, e non più da parte di un singolo individuo, la previsione di politiche di riduzione del danno e reinserimento delle persone detenute, l'indicazione di privilegiare la peer education come strumento di educazione sanitaria all'interno delle carceri.

**Margherita Errico**  
presidente *Network persone sieropositive Italia - Onlus*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'INIZIATIVA «SALUTE SENZA CONFINI»

# Nella detenzione una chance di cura

Obiettivo: raggiungere fasce altrimenti «invisibili»

Il carcere è riconosciuto anche a livello internazionale come un importante concentratore di patologia sia sociale che medica, con i detenuti di nuovo ingresso che mostrano elevate prevalenze di epatite cronica Hcv-relata, epatite cronica Hbv-relata, infezione da Hiv/Aids, sifilide, gonorrhoea, chlamydia e infezione tubercolare, ma anche notevoli problemi psichiatrici, quali sindrome ansioso-depressiva, diagnosi bipolari, eccitazione maniacale e malattie metaboliche quali diabete, obesità, dislipidemie, che associate a un consumo particolarmente aumentato di tabacco e alcool, incrementano il numero di pazienti con problemi cardio-vascolari.

Appare evidente come la maggior parte dei cittadini che entrano in carcere mostri un basso livello socio-culturale, a cui sono associati stili, comportamenti e situazioni di vita considerati "a rischio" per l'acquisizione e/o lo sviluppo di molte delle suddette patologie, ma anche una minore percezione del "bisogno salute" rispetto alla popolazione generale.

Nei 206 Istituti penitenziari italiani nel corso del 2013 sono transitate 125.091 persone, di cui 7.339 donne (5,9%) e 49.310 stranieri (39,4%), i giornalmente residenti sono circa 60.000 con 47.857 posti letto ufficiali dichiarati dal ministero della Giustizia e un sovrappollamento attualmente superiore al 25 per cento.

I dati provenienti da studi indipendenti promossi da *Simspe* con i propri associati e confermati da studi pubblicati sulla letteratura scientifica internazionale, permettono di stimare che in Italia circa 18-20.000 detenuti siano portatori di un'epatite cronica attiva da Hcv, che 3-4.000 lo siano per quella da Hbv, che 2-3.000 siano i detenuti sieropositivi per Hiv e che 1-1.500 siano i portatori di una malattia sessualmente trasmessa in fase attiva; globalmente appare veritiera la stima di meno di un terzo dei detenuti libero da condizioni patologiche attive e in apparente buona salute.

Queste elevatissime concentrazioni di patologia risultano essere in alcuni casi, come l'epatite da Hcv, diverse decine di volte superiori a quelle rilevabili nella popolazione libera; l'assoluta maggioranza dei detenuti le ha acquisite in libertà e tale situazione aumenta il rischio di contrarle in tale ambito per coloro che non ne sono ancora affetti. Un recente studio pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *Hepatology* (2013 Oct; 58 (4): 1215-24), indica come la stima dei detenuti con epatite da Hcv nel mondo sia di 2.200.000 persone, con una prevalenza generale del 26% che aumenta però al 64% tra coloro che hanno una storia di tossicodipendenza; l'incidenza stimata di nuove infezioni da Hcv durante il periodo di prigionia

è stata calcolata in 1,4 per 100 persone-anno nella popolazione detenuta generale, che sale al 16,4 per 100 persone-anno analizzando solo i tossicodipendenti.

Uno dei problemi emergenti rispetto al rischio di acquisire i virus a trasmissione ematica in carcere, è quello delle persone che ne sono affette senza esserne consapevoli; è documentato, per esempio, come il rischio di trasmettere a un'altra persona l'infezione da Hiv sia sei volte maggiore per le persone inconsapevoli della propria infezione rispetto alle consapevoli. Su un campione di 2.291 detenuti in Italia, raccolto dal gruppo di lavoro *Simspe* nel progetto "La Salute non conosce confini" è stata recentemente rilevata una proporzione di persone Hcv positive inconsapevoli della propria malattia del 11,6%, mentre tra chi era Hiv-Ab+ gli inconsapevoli erano il 3,4%, tra gli HBsAg+ il 52,7% e tra coloro che presentavano una Sifilide in fase attiva erano lo 85,7 per cento.

Gli Istituti penitenziari rappresentano, quindi, i più importanti serbatoi delle infezioni trasmesse tramite il sangue e il sesso, facilmente individuabili ed eventualmente raggiungibili da interventi di prevenzione e cura che, evidentemente, saranno a tutto vantaggio della salute pubblica generale nel momento in cui queste persone detenute oggi saranno cittadini liberi domani.

In Italia non solo non sono stati attivati programmi nazionali di prevenzione specifica delle patologie più diffuse in tale ambito, ma non esiste ancora un osservatorio nazionale sulla salute in carcere che, naturalmente allocato presso l'Istituto superiore di Sanità, sarebbe indispensabile per raccogliere i dati da tutte le regioni e per fornire al legislatore e agli amministratori i numeri reali sulla diffusione delle malattie in tale ambito, indispensabili per disegnare i piani sanitari e allocare le risorse.

I detenuti appartengono alla comunità, in quanto provengono dalla comunità e vi ritorneranno al termine dell'espiazione della pena. Erogare alle persone detenute delle buone prestazioni sanitarie, significa essere sia in linea con i dettami degli organi di controllo internazionali, ma anche fare degli ottimi programmi di prevenzione e cura, con un notevole beneficio anche per la protezione delle nostre comunità libere. Il periodo di detenzione dovrebbe essere visto da tutti, operatori penitenziari e della salute, ma anche cittadinanza generale, come una grande opportunità di salute pubblica.

**Sergio Babudieri**  
presidente *Simspe-Onlus*  
consulente *Infettivologo Casa*  
circondariale di Sassari  
professore associato di *Malattie infettive, Università di Sassari*

© RIPRODUZIONE RISERVATA