

Estratto Report Finale Progetto I.Ri.D.E.

Ente Capofila: Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino (UniTO)

Associazione membro del CTS con compiti di coordinamento : CNCA

Responsabile scientifico: Claudio Sarzotti, Direzione Scientifica UniTO

Equipe di progetto

UNITO: Claudio Sarzotti, Daniela Ronco, Perla Allegri

CNCA: Maria Stagnitta e Antonella Camposeragna

Partnership

Associazioni del CTS: Lila, Anlaid, Arcigay, Circolo Mario Mieli, Gruppo Abele

Associazioni competenti in materia: Antigone, Movimento Identità Transessuale

1. Premessa

Nel 2013 UNODC e OMS hanno pubblicato le Linee Guida “HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions”, partendo dal dato che nel mondo la prevalenza di HIV e MST, HBV e HCV, tra la popolazione detenuta è almeno doppia rispetto a quella tra la popolazione generale per cui sono state definite 15 raccomandazioni per interventi da intraprendere nelle carceri al fine di contrastare la diffusione dell’HIV e delle MST (http://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/)

Nel 2014 il progetto finanziato dall’Unione Europea “Pride Europe”, ha analizzato l’applicazione delle 15 raccomandazioni nelle carceri di Italia, Austria, Belgio, Danimarca e Francia. L’Italia risulta essere il paese con minore offerta di questi interventi, ottenendo il punteggio più basso. In generale, le misure più applicate sono i trattamenti con antiretrovirali per l’Hiv e il trattamento farmacologico con terapia sostitutiva (prevalentemente per disintossicazione) per le persone dipendenti da oppiacei. La misura più negletta è lo scambio di siringhe, in quanto non esiste in nessun carcere dei paesi oggetto di studio, ma è bassa anche l’offerta e la disponibilità di preservativi. Da ricordare che, tra i 5 paesi partecipanti allo studio, l’Italia è finora l’unico in cui i preservativi non sono forniti in nessun carcere.

Nel settembre 2015 il Ministero della Salute pubblica l’avviso pubblico su Prevenzione dell’HIV in carcere con i fondi dedicati alla prevenzione HIV per azioni di ricerca psicosociale condotte da centri di ricerca in collaborazione con le associazioni componenti il Comitato Tecnico Sanitario consultivo del Ministro della Sanità, sezione M (sezione del volontariato per la lotta contro l’AIDS – ex Consulta delle associazioni di volontariato per la lotta contro l’AIDS. L’Università di Torino presenta il progetto “I.Ri.D.E.: Interventi di Riduzione del Danno Efficaci secondo le Linee Guida Internazionali 2013. Una ricerca intervento nelle carceri italiane”, che ha l’ambizioso obiettivo generale di sperimentare azioni di riduzione del danno e dei rischi di trasmissione di HIV e di altre Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST) nella popolazione carceraria, in base alle Linee Guida Internazionali 2013, attualmente quasi totalmente non applicate in Italia, nella consapevolezza al tempo stesso, delle difficoltà sia normative che di prassi, e individuando le azioni possibili e attuabili al fine di favorire l’applicazione delle suddette Linee Guida. Il progetto si avvale della partecipazione di alcune associazioni facenti parte il C.T.S.: CNCA quale Associazione con compiti di coordinamento e Anlaid, Arcigay, Circolo Mario Mieli, Gruppo Abele, LILA, oltre alle associazioni competenti in materia Antigone e M.I.T.

2. Obiettivi e metodi

Il progetto ha formalmente avuto avvio a fine febbraio 2016 e concluso a settembre 2017. I.Ri.D.E. aveva i seguenti 3 obiettivi principali:

1. Conduzione di una ricerca di tipo qualitativo nelle carceri di Torino, Milano Bollate, Bologna, Padova, Firenze Solliciano, Perugia, Roma Rebibbia, Napoli Poggioreale e Lecce con l'obiettivo di rilevare il livello di applicazione di tutti e 15 gli interventi raccomandati, con particolare attenzione ai temi della informazione, trattamento e prevenzione. E' stata condotta dai ricercatori dell'Università di Torino, e sono state realizzate oltre 60 interviste semi-strutturate ad operatori sanitari (dirigenti sanitari, medici, infermieri) e penitenziari (direttori d'istituto, polizia penitenziaria, operatori del trattamento), 9 focus group rivolti alle persone detenute ristrette nei suddetti istituti penitenziari.
2. Attivare una rete di organismi al fine di facilitare la sperimentazione di interventi nelle carceri atti a ridurre i rischi di trasmissione HIV e IST. Le associazioni partecipanti, attive anche nell'azione precedente quali facilitatori dell'attività di ricerca, a partire dalla situazione interna e l'attenzione rilevata in ciascun carcere coinvolto, in merito alla promozione alla salute e alla prevenzione dell'HIV, hanno attivato un percorso virtuoso al fine di coinvolgere altri soggetti istituzionali e del terzo settore operanti nelle carceri, quali promotori della salute e della prevenzione hiv all'interno delle carceri, aumentando il grado di fattibilità del progetto stesso e ponendo delle basi per una sua sostenibilità futura.
3. Sperimentare degli interventi per prevenire la diffusione dell'HIV e IST, che ricalcano, come previsto dal progetto, le Linee Guida Internazionali approvate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2013], nonché le Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 del 2015. Le principali azioni di sperimentazione, hanno riguardato incontri di informazione, formazione e comunicazione sul rischio HIV e altre IST rivolti ai detenuti e agli operatori penitenziari, aumentando le loro conoscenze e competenze in merito all'HIV e alle altre IST, e riducendo lo stigma e i pregiudizio verso le persone con HIV. In tre carceri è stata valutata la fattibilità di interventi di distribuzione di materiali di profilassi, la fattibilità di realizzazione di laboratori di tatuaggi e di una barberia (scambio materiale da taglio) in sicurezza e secondo la normativa vigente. La sperimentazione si è realizzata nei seguenti istituti penitenziari italiani:

- casa di reclusione Milano Bollate
- casa circondariale Padova-ICATT
- casa circondariale di Bologna Dozza
- casa circondariale Firenze Solliciano
- casa circondariale Perugia N. C. Capanne
- casa circondariale Femminile Roma Rebibbia
- casa circondariale Poggioreale Napoli
- casa circondariale di Lecce N.C.

Il progetto doveva realizzarsi anche nella casa circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino. In tale carcere, è stata condotta soltanto la parte di ricerca che ha coinvolto amministrazione penitenziaria, poiché il direttore sanitario non ha autorizzato la partecipazione al progetto.

3. Principali Risultati

3.1 Ricerca qualitativa

Il campione intervistato nella ricerca è pari a 196 persone, come descritto nella tabella 1, suddiviso per tipologia. Gli operatori sono stati intervistati tramite interviste individuali e/o di gruppo, mentre i detenuti hanno partecipato a focus group.

Tabella 1 – Campione ricerca

	Operatori sanitari	Operatori penitenziari	Persone detenute	TOTALE
Torino	2	3	7	12
Milano	12	6	7	25
Padova	18	2	12	32
Bologna	18	3	5	26
Firenze	6	4	13*	23
Roma	12	3	8	23
Perugia	7	3	6	16
Napoli	8	3	8	19
Lecce	7	3	10	20
TOTALE	90	30	76	196

* Nel carcere di Firenze sono stati realizzati 2 focus group con le persone detenute

La ricerca svolta nell'ambito del progetto ha voluto indagare se e come, nei nove istituti penitenziari italiani visitati, vengano garantite le 15 azioni raccomandate nelle Linee Guida (LG) e quale sia il livello di implementazione delle stesse.

Da una prima analisi dei focus group e delle interviste semi-strutturate condotte si può evincere quanto poco sia omogeneo il livello di applicazione dei 15 interventi raccomandati. Da un lato questa disorganicità viene giustificata dal fatto che il pacchetto di raccomandazioni nasce come strumento potenzialmente applicabile su scala mondiale: alcune raccomandazioni appaiono perciò scontate (si vedano, per esempio, il trattamento delle dipendenze da sostanze, il test e il trattamento dell'HIV), altre azioni invece, quali i programmi di distribuzione di aghi e siringhe o di distribuzione dei condom, sono completamente disattese negli istituti penitenziari italiani.

La prima delle raccomandazioni delle LG, relativa all'informazione, all'educazione ed alla comunicazione stabilisce l'importanza della sensibilizzazione sui temi dell'HIV, le malattie sessualmente trasmissibili e le epatiti virali. Il primo tema che è emerso dai focus group e dalle interviste collettive concerne invece la pressoché totale assenza, da parte della popolazione detenuta, di informazioni adeguate sui rischi collegati alla trasmissione delle malattie infettive.

Il setting penitenziario costituisce un contesto significativo in tema di prevenzione della diffusione dell'HIV ed altre malattie infettive, per cui le LG sottolineano l'importanza del test e monitoraggio delle stesse. Partendo dal test dell'HIV quello che emerge dalle interviste con l'area sanitaria e penitenziaria è una grande attenzione al momento dell'ingresso in carcere, che rappresenta per molti soggetti un presidio di

prima intercettazione delle patologie e dei bisogni sanitari. Ciononostante, è stata registrata, da parte della popolazione detenuta, una certa reticenza nel dichiarare comportamenti a rischio per paura di essere stigmatizzati, e la mancanza di screening medici durante la detenzione, se non dopo aver ricevuto apertamente delle segnalazioni.

Per ciò che concerne i comportamenti a rischio di infezione, quali l'uso di droghe per via iniettiva e attività sessuali, questi sono riportati con forte velo di pregiudizio. Quando si parla di rapporti sessuali si fa riferimento principalmente a rapporti di natura omosessuale che vengono più facilmente compresi e accettati se si parla di omosessualità femminile. La maggioranza degli operatori penitenziari sostiene che il sesso tra uomini ha, quasi sempre, origine violenta o di scambio, mentre nelle donne questo non avverrebbe; anche dai focus group con gli uomini emergono forti resistenze nel riconoscere la presenza di rapporti omosessuali all'interno del carcere.

Per quello che riguarda l'uso di droghe, nessuno dei soggetti intervistati ha negato la presenza di sostanze psicoattive all'interno degli istituti penitenziari, ma se da un lato l'amministrazione penitenziaria minimizza (o tace) sull'ingresso in istituto delle sostanze stupefacenti, dall'altro emerge nettamente dalle parole dei detenuti la facilità nel reperire la sostanza all'interno del carcere, quasi come all'esterno; gli operatori hanno la percezione di una diminuzione del consumo di droghe per via iniettiva. Tutti i soggetti intervistati dichiarano che sostanze sotto forma di pasticche entrano con più facilità all'interno dell'istituzione carceraria, e che sia piuttosto diffuso lo scambio di benzodiazepine e, più in generale, di psicofarmaci con proprietà sedative, ipnotiche ed ansiolitiche.

Il quadro che emerge dai dati raccolti dalla ricerca è nel complesso piuttosto allarmante in tema di riduzione del danno, soprattutto se consideriamo le strategie implementate riguardo alla messa in sicurezza dei consumi di sostanze e della sessualità.

Dalla ricerca emerge come a pochissime delle linee guida in tema di riduzione del danno è data attuazione negli istituti penitenziari che sono stati oggetto della ricerca. Pochissime sono, infatti, le attività di informazione, formazione ed educazione che vengono svolte negli istituti: tutti i corsi patiscono non solo l'elevato turn over della popolazione detenuta, ma anche le problematiche più prettamente organizzative tipiche di un'istituzione totale come, per esempio, il divieto di incontro tra detenuti, la mancanza di spazi che possano accogliere gruppi di persone di numero elevato costringendo così gli operatori sanitari o coloro addetti alla formazione a ripetere i corsi pur avendo limitate risorse a disposizione. In nessun carcere italiano, ad oggi, sono presenti azioni di riduzione del danno volte alla distribuzione di aghi e siringhe sterili o preservativi.

L'atteggiamento registrato verso la distribuzione di aghi e siringhe è di contrarietà e di forte perplessità, mentre per quello che riguarda la distribuzione di condom sembrano esserci maggiori aperture e minori perplessità. Per quanto permangano alcune resistenze culturali degli operatori penitenziari a legittimare i comportamenti sessuali all'interno degli istituti penitenziari, essi vengono maggiormente giustificati rispetto all'uso di sostanze stupefacenti perché, quantunque illegali dal punto di vista disciplinare, sono ritenuti come un bisogno connaturale dell'individuo. A questo bisogna aggiungere che se in passato alcune remore promanavano dai profili penali del divieto di commettere atti osceni in luoghi pubblici, in seguito alla depenalizzazione della norma, la questione si è spostata sui profili meramente disciplinari del comportamento. L'area che ha dimostrato una maggiore apertura sulla questione dei preservativi è stata quella sanitaria. Gli operatori ASL sono infatti gli allocutori ed i destinatari per eccellenza delle richieste dei detenuti e, per formazione, appaiono più scevri da condizionamenti di sorta nei confronti della sessualità all'interno del carcere e, più specificatamente, del sesso omosessuale.

3.2 La Rete

Localmente sono state coinvolte delle associazioni e altro personale sanitario in particolare:

- Milano: Direzione Sanitaria e Associazioni del Progetto WelcHome (Giambellino, Comunità Nuova, Coopertiva Lotta contro l'emarginazione, A77);
- Padova: Il Distretto Socio Sanitario N.2 Sanità Penitenziaria Presso Azienda Ulss 6, che ha di fatto favorito l'attuazione del progetto
- Bologna: Direzione Sanitaria, Rappresentanti del tavolo salute degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale 2016, , rappresentanti del servizio di RDD del carcere Cas Brians 1 di Barcellona (Spagna). Il coinvolgimento della Direzione penitenziaria è avvenuto attraverso l'Az. USL e più in specifico tramite il responsabile dell'Az. USL per il carcere. Va infatti precisato che il progetto è stato proposto da LILA alla Commissione interaziendale AIDS di Bologna che lo ha approvato. La Commissione interaziendale al suo interno vede rappresentanti dell'Az. USL, dell'Az. Ospedaliera (Malattie Infettive e Laboratorio di Microbiologia) e delle Associazioni di lotta all'AIDS. È stato possibile attuare il progetto grazie alla presenza di un Promotore di Salute che ha facilitato le azioni con le persone detenute.
- Firenze: Direzione Sanitaria e Associazione Pantagruel, Garante Detenuti Toscana. È stato inoltre coinvolto anche il Garante dei Diritti dei Detenuti della Toscana. Sono inoltre state coinvolte LILA Toscana, Associazione Insieme Onlus e Cooperativa CAT.
- Perugia: Clinica Malattie Infettive (Azienda Ospedaliera E Università), Organizzazioni di Volontariato Interne Al Carcere (Archi-Cri-A.P.V. Caritas), Antigone Perugia, Coop. Borgo Rete.
- Roma: Direzione Sanitaria, Ass. Conosci, Garante Detenuti Lazio, Associazione ANTIGONE Lazio
- Napoli: Direzione Sanitaria, Dipartimento Dipendenza ASL 1 Centro, un medico infettivologo dell'UOMI ASL NA Nord, un operatore dell'Associazione Il Pioppo, il direttore sanitario del carcere di Poggioreale e diversi operatori dell'ente, direttore IRCCS Fondazione Pascale, due direttori di sezione, diversi ispettori di polizia penitenziaria e diversi agenti di polizia di diverso grado, psicologi ed educatori
- Lecce: Direzione Sanitaria e Ass. LILA Puglia. La direzione penitenziaria è stata informata e coinvolta sin dalla fase della ricerca del progetto, per definire le possibili sperimentazioni all'interno del carcere di Lecce.
- Torino: LILA Piemonte

A livello nazionale sono stati coinvolti, oltre l'ente committente, il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP), il Coordinatore Nazionale dei Garanti dei Detenuti, l'Associazione di advocacy Forum Droghe, FederSerd e la rete nazionale di operatori della riduzione del danno ITARDD. Sono inoltre stati coinvolti per facilitare la messa in atto della sperimentazione il Garante Nazionale dei Detenuti, Dott. Mauro Palma e un referente di International Harm Reduction Association, Dott.ssa Cinzia Brentani per la metodologia di intervento.

Il lavoro con questi enti è stato mirato, oltre a dare visibilità al progetto, alla facilitazione del percorso.

Al fine di facilitare le comunicazioni e la realizzazione delle azioni innovative e sperimentali all'interno delle carceri il CNCA, in accordo con UniTo, ha stato chiesto e ottenuto un incontro con la Direzione dell'Amministrazione Penitenziaria, la quale ha accolto in modo positivo il progetto e le proposte di sperimentazione. Ciononostante, le azioni sono state ostacolate: questo rende necessaria un'azione da parte delle Istituzioni preposte per mitigare gli ostacoli alle sperimentazioni più innovative. Riteniamo che tali sperimentazioni non siano possibili se solamente delegate a enti del terzo settore, che per quanto

abbiano cercato di favorire un maggior coinvolgimento e condivisione con i soggetti interessati dalle azioni progettuali (operatori sanitari, penitenziari popolazione detenuta) hanno ottenuto risultati parziali, in primis per la loro natura di enti del volontariato e della società civile, e quindi non riconosciuti dalle Istituzioni come enti autorevoli.

3.3 La Sperimentazione

Il primo risultato della sperimentazione, seppur non misurabile con indicatori oggettivi, è stato sicuramente quello di “aver aperto le porte” del carcere alla tematica della riduzione del danno e dei rischi connessi alla prevenzione delle infezioni da HIV e IST. Tale tema non era e non è tuttora affatto scontato in un’Istituzione chiusa, dove persistono forti tabù e pregiudizi.

La cabina di regia del progetto, pertanto ha ritenuto opportuno realizzare un volantino da distribuire e utilizzare come materiale informativo in tutte le carceri, per omogeneizzare il messaggio comunicativo, soprattutto per ciò che concerne i contenuti, basandosi sulle evidenze scientifiche.

Tale volantino, quale materiale informativo è stato spiegato, utilizzato come ausilio didattico e quindi distribuito sia alle persone reclusi che al personale interno al carcere. Si sottolinea che prima di poter procedere con la distribuzione, quasi tutte le Direzioni lo hanno chiesto in visione di conseguenza rallentando i tempi.

La distribuzione del volantino è stata mirata e il volantino stesso è stato uno strumento di aggancio per favorire la comunicazione. Il volantino infatti non è stato meramente distribuito, bensì accompagnato da una spiegazione e un’introduzione al tema, avvenuto durante i corsi di informazione. Il volantino quindi è stato utilizzato come una sorta di “dispensa” lasciata sia ai detenuti che agli operatori penitenziari, quale materiale di supporto alle discussioni con gli operatori.

Non è stato possibile distribuire né profilattici né siringhe alle persone reclusi, poiché le direzioni, data la natura gerarchica dell’amministrazione penitenziaria, hanno espresso la necessità di una direttiva centrale per poter avviare concretamente questo tipo di attività.

Le siringhe allo stato attuale non sono ritenute necessarie, poiché non è possibile l’entrata di sostanze stupefacenti illegali in carcere. Inoltre, per quanto nel mondo non siano mai stati registrati episodi delittuosi, è determinante il timore, soprattutto tra gli agenti di polizia, che le siringhe siano armi potenziali, in un contesto caratterizzato da alti livelli di conflittualità interna e da assoluta priorità attribuita alla sicurezza. L’unico carcere che ha dimostrato un’apertura in tal senso è quello di Bologna, dove tuttavia si sono registrate forti resistenze, soprattutto tra il personale di polizia penitenziaria. A Bologna e a Napoli sono stati realizzati degli incontri con personale penitenziario e sanitario del carcere di Barcellona (Spagna), dove la prassi di distribuzione di siringhe e profilattici è consolidata e ha portato a risultati molto positivi (azzeramento di nuove infezioni in carcere).

Il personale sanitario, seppur dichiarandosi d’accordo soprattutto per la distribuzione di condom, non ha ritenuto opportuno procedere senza un’approvazione da parte della direzione penitenziaria.

Solo nel carcere di Padova è stato possibile avviare un intervento in tal senso, distribuendo profilattici alle persone nel momento dell’uscita, nonché siringhe e naloxone alle persone in uscita con diagnosi di dipendenza da oppiacei.

Il laboratorio di tatuaggi è stato avviato al termine delle azioni progettuali per cui non è possibile una valutazione degli esiti. Analogamente per il servizio di barberia per il recupero delle lamette, che è stato avviato a settembre, e per cui non è possibile compiere un’analisi dei risultati significativa.

Conclusioni

Il progetto, oltre ad “aver aperto le porte” del carcere alla tematica della riduzione del danno e dei rischi connessi alla prevenzione delle infezioni da HIV e IST, ha messo in luce un forte bisogno informativo/formativo su questi temi, soprattutto in ragione della persistenza di tabù culturali e pregiudizi che permeano un'istituzione totale quale è il carcere.

A ulteriore dimostrazione di questo occorre sottolineare il perdurare di una forte chiusura rispetto all'eventualità di distribuire profilattici e soprattutto siringhe sterili, in quanto attività connesse a due comportamenti non ammissibili all'interno dell'istituzione carceraria – la sessualità e l'uso di droga. Ad oggi, la distribuzione di materiale di profilassi è stata possibile solo al momento dell'uscita dal carcere, quindi quando la persona ritorna allo stato libero, e da parte del personale sanitario. La percepita scabrosità dei comportamenti associati alla prevenzione di HIV, può essere superata dall'avvio di azioni più capillari per innescare un cambiamento culturale, cambiamento comunque già avviato dal progetto. Sia l'attività di ricerca che la proposta di sperimentare azioni di questo tipo hanno infatti confermato la necessità di lavorare all'individuazione di strategie di superamento degli ostacoli, in primis di carattere culturale. L'esperienza dello scambio di buone prassi ci sembra vada in questa direzione. La possibilità offerta dal progetto rappresentata dall'incontro tra le direzioni penitenziarie e sanitarie di carceri italiane con la direzione e i referenti sanitari di un istituto penitenziario di Barcellona, ha permesso di innescare dinamiche innovative su modelli di successo registrati nell'Unione Europea

Inoltre, se era ampiamente prevedibile la difficoltà rappresentata dalla possibilità di distribuire materiali di profilassi, occorre però sottolineare che in quasi tutti gli altri punti delle linee guida sono emerse talune criticità nell'implementazione. Dalla mappatura sulle attività formative/informative realizzate negli istituti oggetto della ricerca, è emersa, pur con una significativa disomogeneità tra struttura e struttura, una sostanziale diffusa mancanza di sistematicità nell'offerta formativa. Corsi, eventi, progetti, vengono in genere proposti e realizzati in maniera estemporanea e, soprattutto, raggiungono un numero molto limitato di persone detenute. Questa frammentarietà dell'offerta informativa e formativa all'interno delle carceri italiane, congiuntamente alla scarsità di risorse messe strutturalmente a disposizione per questo tipo di attività, paradossalmente è stato un elemento che ha favorito gli interventi progettuali, unitamente all'attualità delle tematiche, sovente poco discusse negli ambiti detentivi.

In particolare, l'attualità dei temi legati alla prevenzione e riduzione dei rischi di HIV e IST, ha suscitato molto interesse da parte dei detenuti, rendendo ancora più interessanti, stimolanti e graditi (unitamente alla competenza degli operatori) gli input offerti dagli incontri stessi.

Tuttavia, la sostanziale impossibilità di accedere in maniera libera e spontanea alle varie attività proposte all'interno del carcere, fa sì che in genere la selezione da parte delle amministrazioni penitenziarie veda il coinvolgimento di persone più “strutturate”, magari già inserite in percorsi trattamentali di vario livello, spesso già dotate di maggiori strumenti personali e sociali, con la conseguenza che restano escluse le persone che forse avrebbero più bisogno di formazione su questi temi. Il caso delle persone detenute straniere (pari a circa un terzo del totale della popolazione detenuta), con tutte le difficoltà linguistiche e di integrazione culturale che le accompagna, è emblematico in tal senso. La grande scarsità di mediatori culturali, riscontrata in tutti gli istituti penitenziari, rappresenta un forte ostacolo all'accesso ai diritti, soprattutto in campo sanitario.

Un'altra criticità emersa riguarda la difficoltà ad avere dati sulle trasmissioni di malattie infettive all'interno del carcere. La permanenza nel sommerso di comportamenti a rischio, unitamente alla scarsa possibilità di realizzare degli screening in itinere, di fatto impedisce di avere un quadro dettagliato della trasmissione di HIV e altre malattie infettive all'interno del carcere e, di conseguenza, del carattere patogeno di tale istituzione.

Lo stesso accesso alle cure in caso di HIV e altre malattie infettive, seppur garantito in generale con modalità equivalenti all'esterno, presenta in alcuni casi preoccupanti criticità in termini di continuità delle cure (soprattutto in ingresso), tanto da arrivare, in uno degli istituti coinvolti nella ricerca, alla sostanziale impossibilità per i medici di prescrivere terapie utilizzate prima dell'ingresso. A questo proposito si ritiene che uno dei più importanti esiti del progetto sia stato non solo mettere in evidenza il rapporto dissociato tra il Servizio sanitario interno al carcere e quello esterno per la continuità delle terapie antiretrovirali, ma soprattutto favorire lo scambio di informazioni e di buone prassi tra le istituzioni coinvolte, arrivando alla stesura di un protocollo condiviso.

Più in generale, il mancato rispetto del principio di equivalenza delle cure, prescritto dalle linee guida così come dalle normative nazionali e internazionali in tema di tutela della salute in carcere, è emerso in vari aspetti: dalla violazione del diritto alla privacy, alla stigmatizzazione che permea l'ambiente carcerario, alla sfiducia trasversale che connota la relazione medico-paziente detenuto.

Uno dei maggiori ostacoli con cui si è scontrato il progetto è lo scetticismo sulla validità (e quindi sulla reale efficacia) espresso da parte delle Direzioni Penitenziarie e talvolta anche da quelle Sanitarie, relativamente agli interventi raccomandati dalle Linee Guida internazionali. La diffusa non conoscenza delle stesse, la difficoltà ad attribuire alle stesse una valenza scientifica e soprattutto il fatto che alcuni operatori non ritengano tale tema prioritario nelle carceri, ha rallentato i tempi di realizzazione delle attività, arrivando in un caso ad impedirle.

Un altro dei maggiori limiti del progetto è stata la tempistica progettuale. Sensibilizzare i destinatari, sia finali che intermedi, che risultano essere in parte o del tutto a digiuno delle informazioni riportate e degli interventi efficaci, che dovrebbero essere quindi realizzati nell'ambito della prevenzione e riduzione dei rischi, necessita di tempi più ampi. Non ha favorito il trasferimento e la nomina di alcuni dirigenti di sezione, e spesso degli stessi Direttori Penitenziari, figure cui si è fatto riferimento per la presentazione e avvio delle attività progettuali. Il turnover dei direttori ha determinato che ogni volta bisognasse "ripartire da capo" perché il cambio determinava una soluzione nella continuità. Inoltre, le difficoltà comunicative tra le varie figure preposte all'organizzazione e gestione degli istituti penitenziari ha determinato una conseguente lentezza nell'attivazione degli interventi, nonché un grande impiego di risorse umane per l'organizzazione degli incontri propedeutici alla realizzazione delle attività progettuali.

In conclusione, si sottolinea la necessità e l'urgenza di strutturare interventi di carattere culturale come premessa indispensabile all'implementazione di attività di prevenzione e sensibilizzazione sulla trasmissione di malattie infettive, anche in considerazione del fatto che la riforma dell'ordinamento penitenziario, tra le varie misure, prevede l'emanazione di norme in materia di diritto all'affettività delle persone detenute. Per intervenire in maniera efficace in termini di prevenzione all'interno del contesto penitenziario, la formalizzazione di documenti programmatici, accordi e protocolli operativi con l'amministrazione penitenziaria, volti al superamento degli ostacoli strutturali di cui si è ampiamente trattato nel presente rapporto, sembra dunque rappresentare un aspetto centrale e prioritario, pur nel pieno rispetto delle autonomie di competenza sancite dalla riforma della sanità penitenziaria.