

*Droghe e salute: come ridurre il danno in carcere. Esperienze europee e italiane*

Summer School 2012

Carcere e droghe

*Tra retorica “securitaria” e buone pratiche di accoglienza*

Alessandra Cerioli

Lega Italiana lotta contro l'AIDS

[www.lila.it](http://www.lila.it)



# Struttura della presentazione

Lila

Trasmissione dell'HIV

Dati, criticità, comportamenti a rischio nella  
popolazione ristretta

Come ridurre il danno in carcere (esperienze  
europee)

Conclusioni e situazione italiana



# LILA

## Lega Italiana per la lotta contro l'Aids

Associazione senza scopo di lucro (ONLUS)

Fondata nel 1987

### La Mission

Promuovere e tutelare il diritto alla salute, affermare principi e relazioni di solidarietà, lottare contro ogni forma di violazione dei diritti umani, civili e di cittadinanza delle persone sieropositive o con Aids e delle comunità più colpite dall'infezione.

Promuovere il protagonismo, la diretta responsabilità e la piena partecipazione alla vita sociale e civile delle persone HIV sieropositive e con AIDS

Federazione Nazionale ( Lila agisce sul territorio nazionale attraverso le sue sedi locali)

**16 sedi LILA** composte da persone sieropositive e non, volontari volontarie, professionisti e professioniste.

[www.lila.it](http://www.lila.it)



# LILA

## Lega Italiana per la lotta contro l'Aids

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
- 1993 Nasce il "Progetto Unità Mobile Monza" come attività sperimentale finanziata dalla Regione Lombardia
- 2011 5 sedi hanno interventi in carcere 3 sedi 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 Thecnical 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, tatoo. ..



# 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)
- **Eurpa 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

Fonte: OMS, UNODC, UNAIDS, 2007



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

# Come ridurre il danno in carcere

## **Svizzera**

1985 Partono i programmi di distribuzione di condom nelle carceri

1985 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 riscontrato**



# Come ridurre il danno in carcere

## Moldavia

1999 Colony 18 Branesti progetto pilota – siringhe sterili distribuite a mano dal personale sanitario del carcere

2000 .....solo 50 siringhe distribuite in 5 mesi

2002 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

2003 siringhe distribuite 115

2005 siringhe distribuite 4350

2007 siringhe distribuite 7150

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



# Risultati dei programmi con siringhe sterili

Carcere	Incidenza HIV e HCV	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**

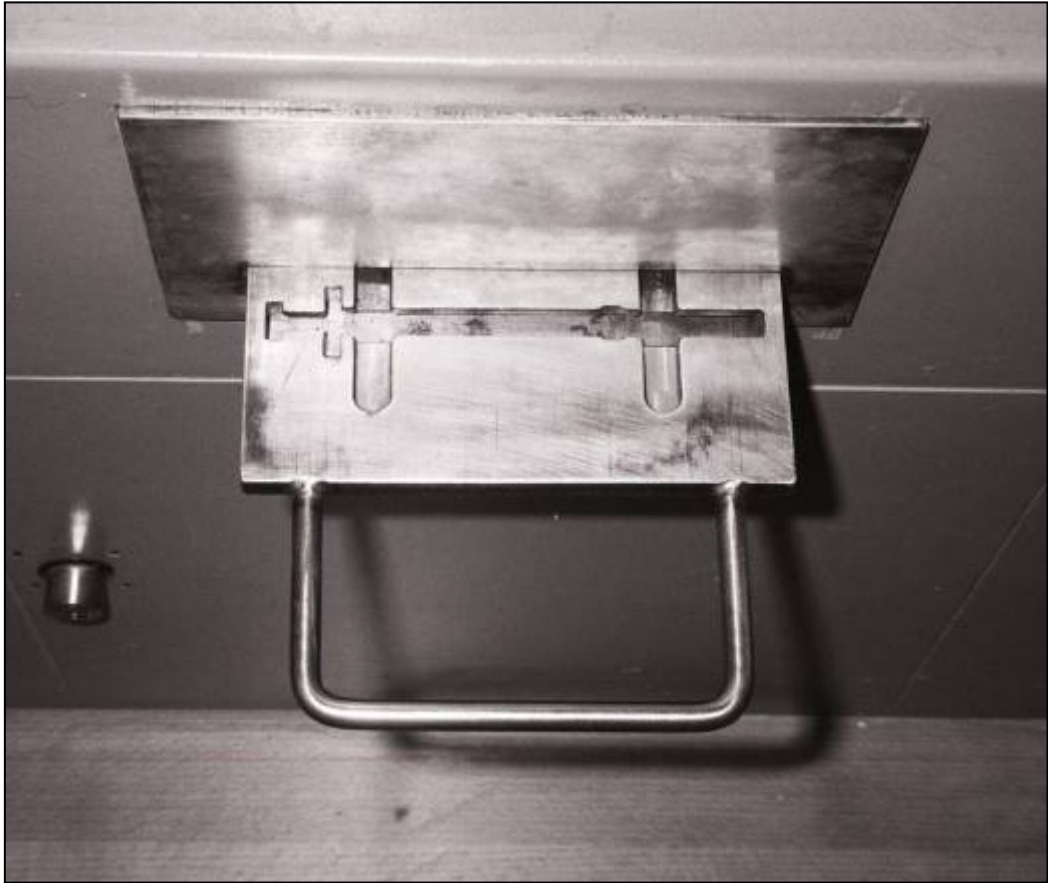


# Come avviene la fornitura di siringhe sterili ?

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:

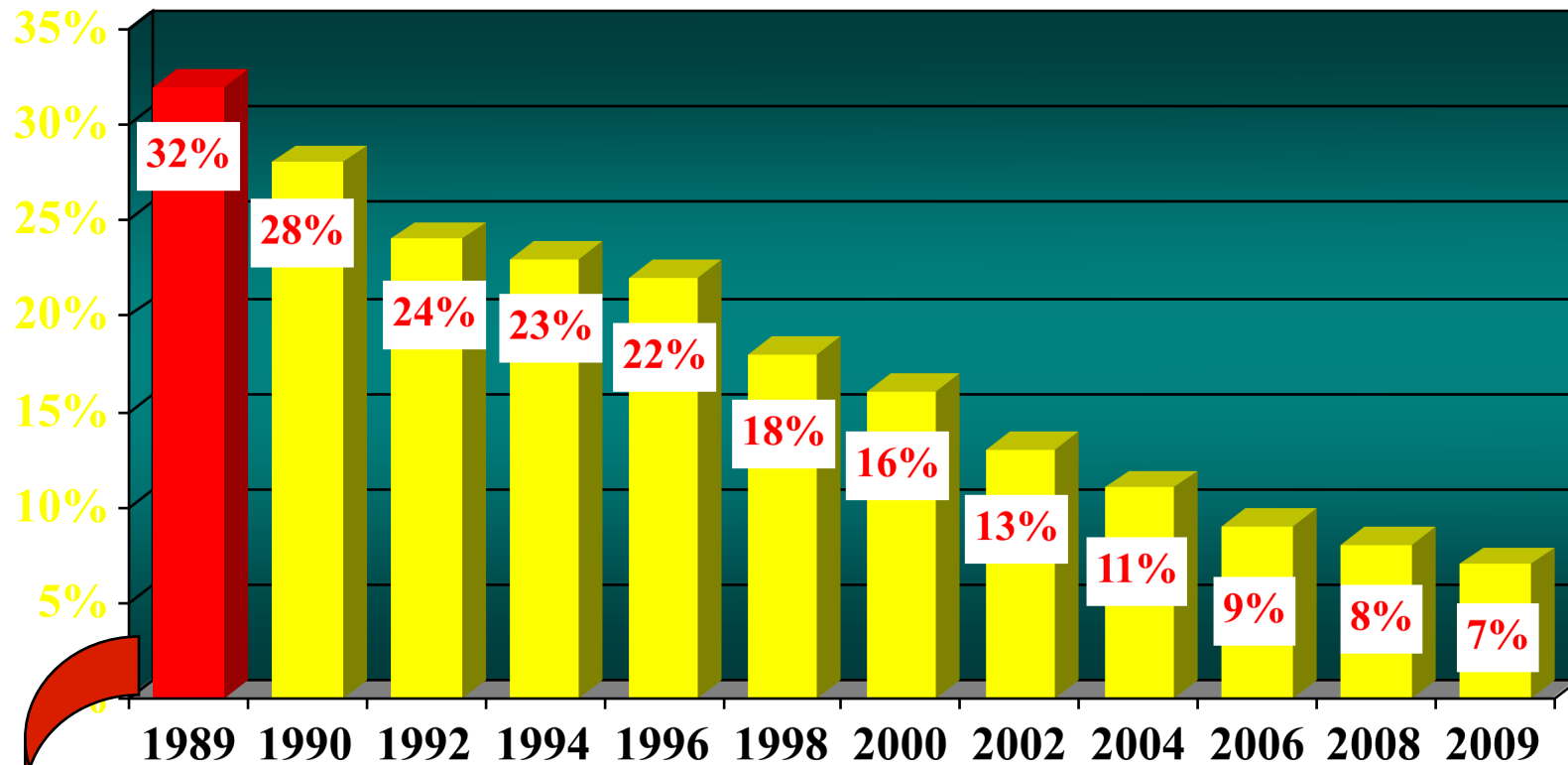
- nessun problema per sicurezza o comportamenti violenti

## 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

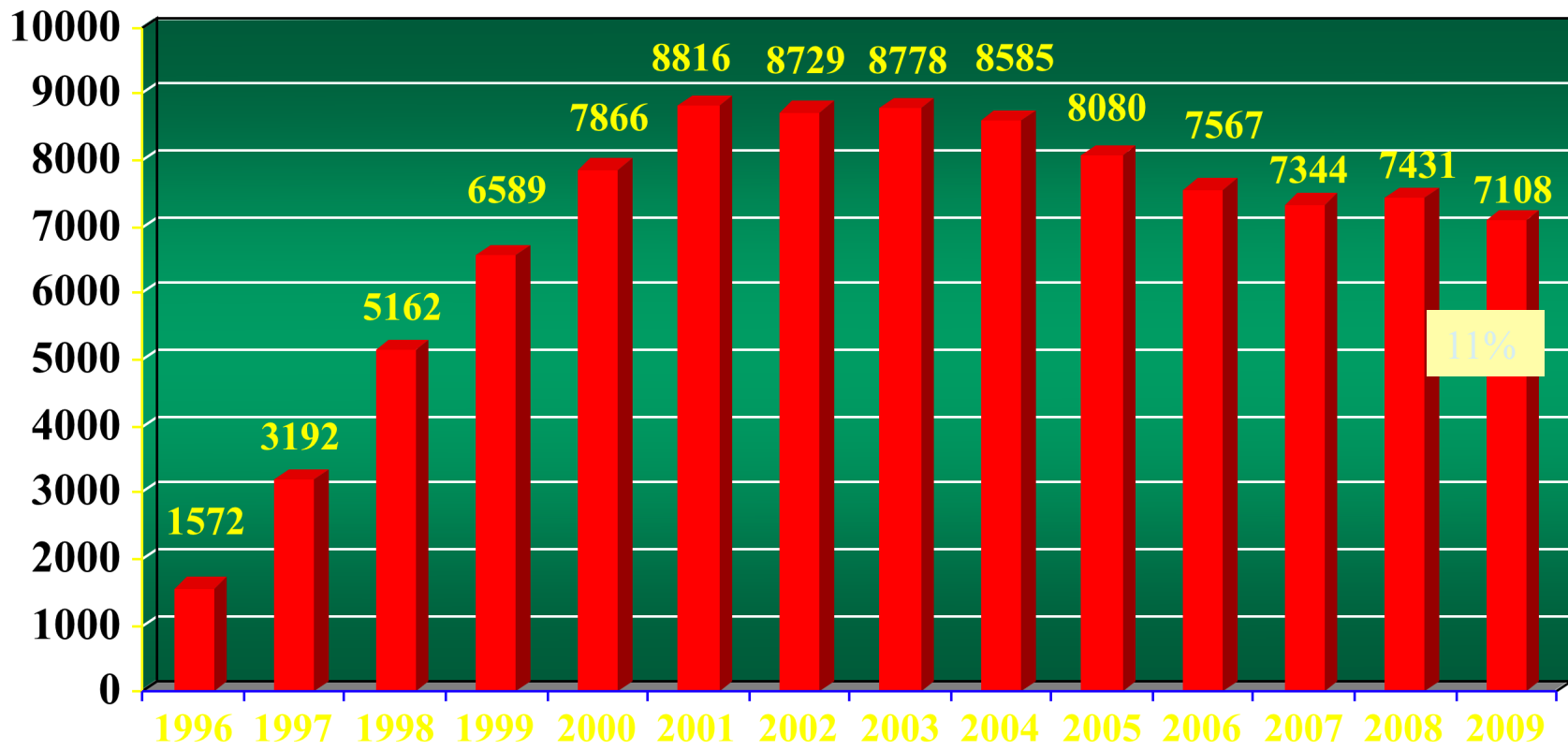


# Spagna: prevalenza HIV nelle carceri

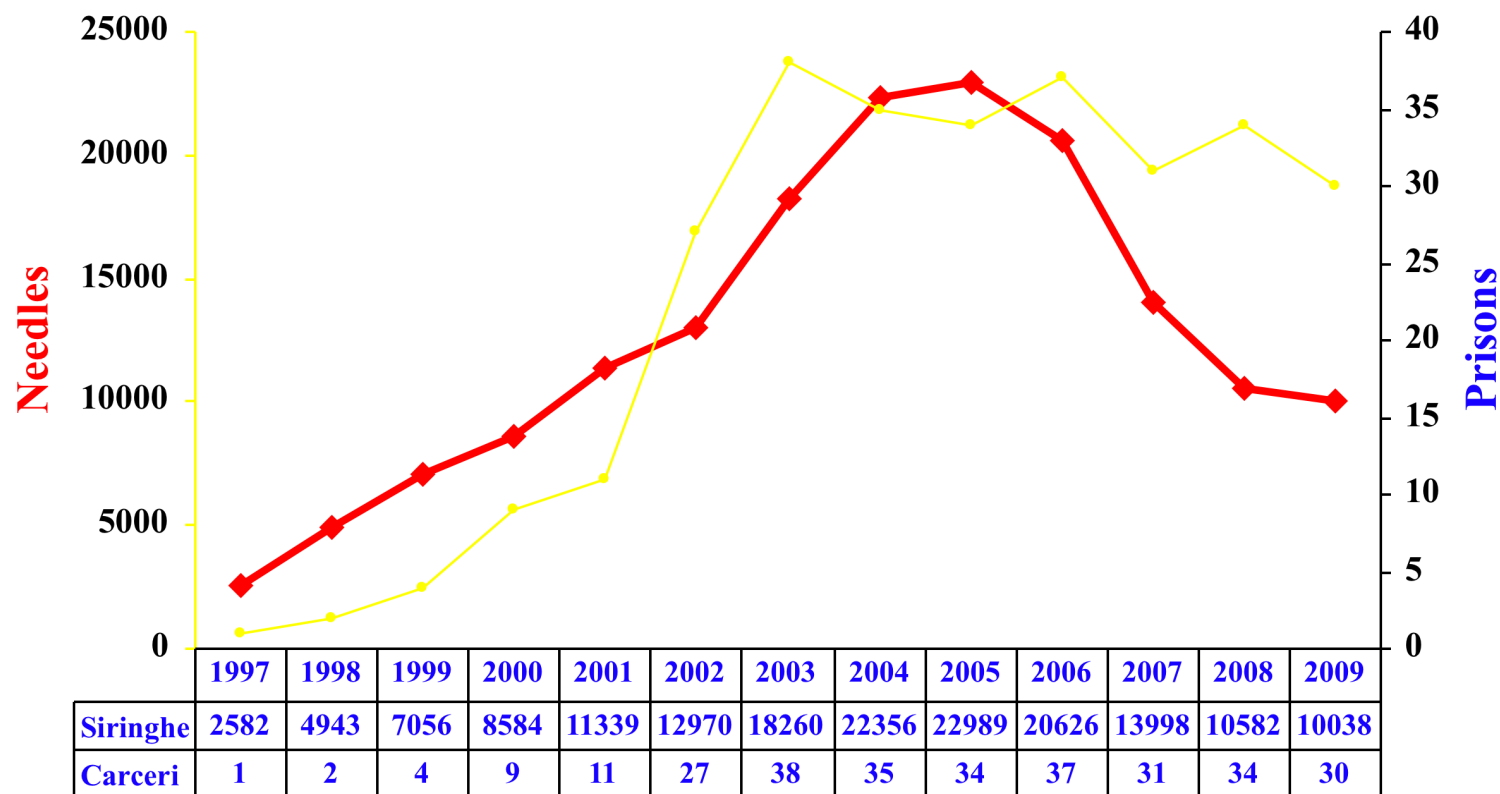


46% dei detenuti avevano precedenti di consumo di droghe iniettive

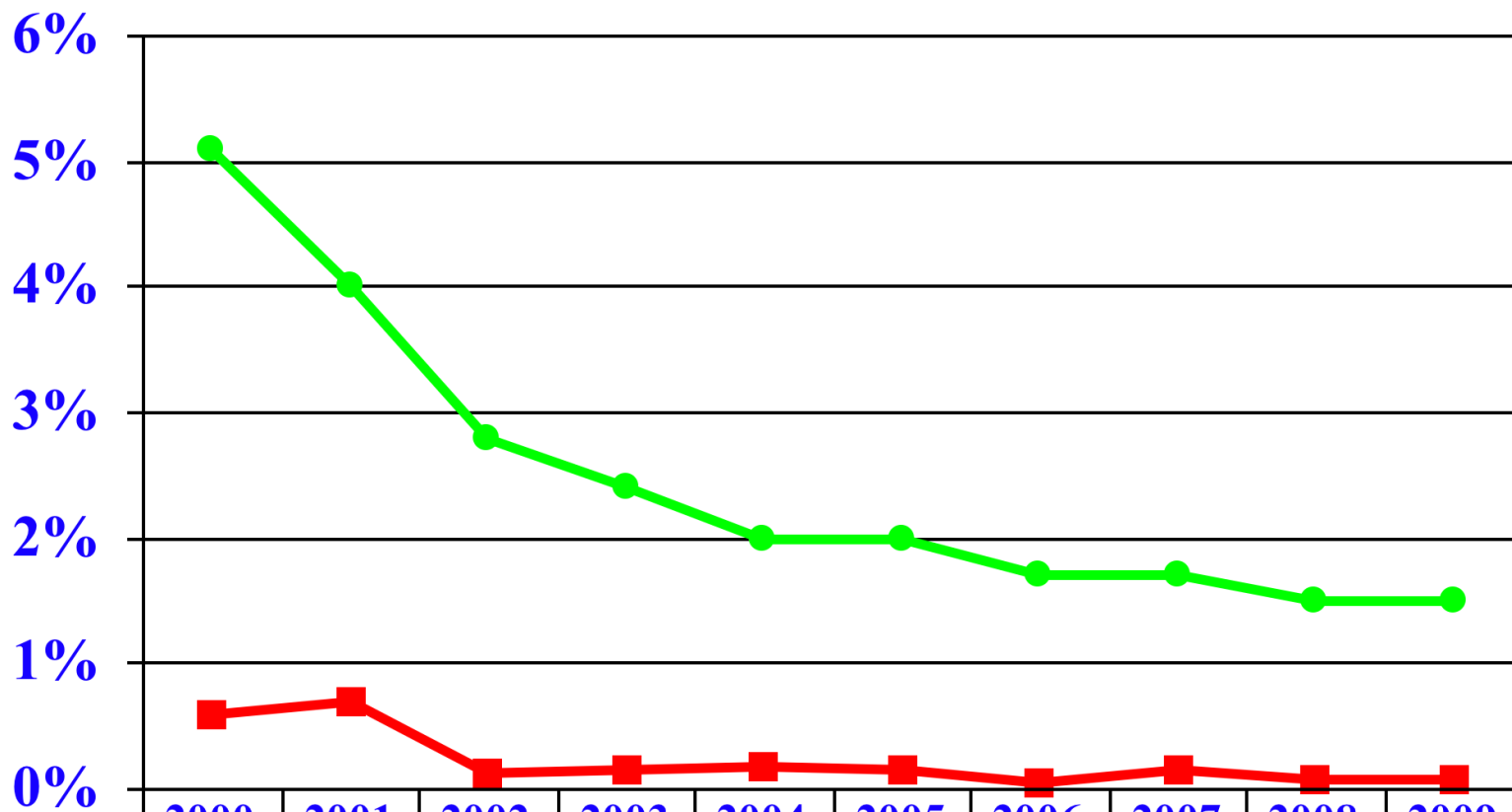
# Detenuti in metadone a mantenimento nelle carceri spagnole



## Evoluzione dei programmi di scambio siringhe



## Conversione per HIV e HCV



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>■ % Conv. HIV</b>	0,6%	0,7%	0,14%	0,15%	0,17%	0,15%	0,06%	0,16%	0,09%	0,08%
<b>● % Conv. HCV</b>	5,1%	4,0%	2,8%	2,4%	2,0%	2,0%	1,7%	1,7%	1,5%	1,5%



# 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



# Dati DAP\*

- ❑ 206 Istituti Penitenziari Italiani
- ❑ 66.487 presenti **31/05/12**
- ❑ Capienza **45.558**
- ❑ Sovraffollamento **+145,9%**
- ❑ Donne 2.799 **4,2%**
- ❑ Stranieri 24.016 **36,1%**
- ❑ Condannati 38.505 (57,9%)

❑ **Tossicodipendenti 16.156 24,3%**

**In Italia la prevalenza dell'HIV in carcere  
è 7 volte + alta che nella popolazione generale**

\* Dipartimento Amministrazione Penitenziaria



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”***

# STOP WAR ON DRUGS

