

# HIV, epatite C, tubercolosi e riduzione del danno nelle carceri

*Diritti Umani, standard minimi e monitoraggio a livello europeo e  
internazionale*



**Gen Sander**

*Febbraio 2016*



Realizzato con il  
contributo della DG  
Giustizia dell'Unione  
Europea



# **HIV, epatite C, tubercolosi e riduzione del danno nelle carceri**

*Diritti Umani, standard minimi e monitoraggio a livello europeo e  
internazionale*

**Questo documento è la traduzione in italiano di:**

***HIV, HCV, TB and Harm Reduction in Prisons: Human Rights, Minimum  
Standard and Monitoring at the European and International Levels***

**Autore: Gen Sander**

**Project manager: Cinzia Brentari**

**Pubblicato da: Harm Reduction International**

Unit 2C09, South Bank Technopark

90, London Road

Londra SE1 6LN

+44 (0)207 717 1592 | [info@ihra.net](mailto:info@ihra.net) | [www.ihra.net](http://www.ihra.net)



Per il supporto nella traduzione si ringraziano gli avvocati dello studio Legance  
- Avvocati Associati.



<b>Glossario.....</b>	<b>9</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>10</b>
<b>L'importanza di porre l'attenzione su HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri: una prospettiva incentrata sulla sanità pubblica .....</b>	<b>11</b>
<b>HIV, HCV, TB e diritto alla salute dei detenuti: diritti e obblighi .....</b>	<b>13</b>
Il diritto alla non discriminazione ed uguaglianza dell'assistenza sanitaria .....	14
Il diritto ai farmaci essenziali.....	15
Il diritto all'assistenza medica ed alle cure.....	16
Il diritto a servizi sanitari di prevenzione, inclusa la riduzione del danno .....	16
Il diritto alle componenti sottostanti del diritto alla salute .....	18
Il diritto alla partecipazione.....	18
<b>Standard minimi relativi a HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri .....</b>	<b>20</b>
<b>Quali sono gli standard minimi e come sono usati? .....</b>	<b>20</b>
<b>Standard minimi relativi a HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri .....</b>	<b>20</b>
1)    SERVIZI DI PREVENZIONE/RIDUZIONE DEL DANNO .....	22
2)    TRATTAMENTO E CURA DELLA TOSSICODIPENDENZA BASATI SULL'EVIDENZA .....	22
3)    TRATTAMENTO E CURA DELL'HIV .....	23
4)    TRATTAMENTO E CURA DELLA EPATITE C (HCV) .....	25
5)    TRATTAMENTO E CURA DELLA TUBERCOLOSI (TB).....	25
6)    MISURE SPECIFICHE .....	27
7)    RISORSE .....	27
8)    INTEGRAZIONE ED EQUIPOLLENZA .....	28
9)    CONDIZIONI DETENTIVE.....	28
10)   CONTROLLI MEDICI .....	29
11)   EDUCAZIONE ED INFORMAZIONE .....	30
12)   CONSENSO INFORMATO .....	31
13)   CARTELLE CLINICHE .....	31
14)   MEDICINALI .....	32
15)   TRATTAMENTO GENERALE E CURA.....	32
16)   PERSONALE PENITENZIARIO (SANITARIO E DI CUSTODIA) .....	33
17)   MONITORAGGIO .....	34
18)   ANALISI .....	35
19)   TUTELE.....	35
<b>Monitoraggio dell'HIV, HCV, TB ed della riduzione del danno nelle carceri.....</b>	<b>36</b>
<b>Il CPT e SPT: mandato e metodologie di lavoro.....</b>	<b>36</b>

<b>Attività di monitoraggio del CPT e dell'SPT nel contesto delle patologie dell'HIV, dell'HCV, della TB e nell'ambito della riduzione del danno.....</b>	<b>38</b>
<b>Conclusioni e Raccomandazioni .....</b>	<b>42</b>
<b>Raccomandazioni per il CPT e SPT .....</b>	<b>42</b>



## Ringraziamenti

Grazie ai colleghi di Harm Reduction International ed in particolare a Catherine Cook e Rick Lines per aver revisionato questo documento fornendo utili feedback.

## Abbreviazioni ed acronimi

<b>AIDS</b>	Sindrome da immunodeficienza acquisita
<b>CESCR</b>	Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali
<b>CPT</b>	Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o Degradanti
<b>HCV</b>	Virus dell' Epatite C
<b>HIV</b>	Virus dell'immunodeficienza umana
<b>NPM</b>	Meccanismi nazionali di prevenzione
<b>NSP</b>	Programmi di scambio di aghi/siringhe
<b>OPCAT</b>	Protocollo Opzionale alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la tortura
<b>OST</b>	Terapia di sostituzione degli oppioidi
<b>SPT</b>	Il Sottocomitato delle Nazioni Unite per la prevenzione della tortura e di altri trattamenti crudeli, inumani o degradanti
<b>TB</b>	Tubercolosi
<b>UNAIDS</b>	Programma delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS
<b>UNODC</b>	Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione del crimine
<b>WHO</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità



## Glossario

### Attenzione al genere

L'assistenza sanitaria, i trattamenti ed i servizi sensibili al genere sono orientati dalla conoscenza e comprensione di particolari esperienze di vita, disuguaglianze, preferenze e bisogni dei singoli individui in base al loro distinto genere (sesso/caratteristiche sessuali). Prendono anche in considerazione la relazione tra il genere e una gamma di altri fattori (sociali, economici, ecc.) che impattano sul benessere delle persone.

### Riduzione del danno

Politiche, programmi e prassi che mirano a ridurre i danni correlati all'uso di sostanze psicoattive in persone che scelgono di farne attivamente uso.

### Programma di scambio di aghi e siringhe (NSP)

Questi programmi forniscono aghi/ siringhe sterili e relativi strumenti di iniezione a persone dipendenti al fine di garantire un utilizzo di sostanze stupefacenti più sicuro.

### Terapia di sostituzione degli oppioidi (OST)

Terapia sostitutiva prescritta a persone che assumono sostanze stupefacenti in caso di dipendenza dagli oppioidi.

### Carcere

Il termine carcere è usato in tutto il presente strumento e si riferisce a tutte le strutture di detenzione. Nonostante il presente strumento non si focalizzi esplicitamente sulle criticità riguardanti i centri di detenzione giovanili o per immigrati, può essere comunque utilizzato anche in relazione a queste strutture.

### Carcerato/Detenuto

I termini carcerato e detenuto sono usati in maniera interscambiabile tutto il presente strumento e si riferiscono a persone adulte private della loro libertà.

## Introduzione

### Il contenuto di questo report

Questo report fa parte del progetto, *“Improving Prison Conditions by Strengthening Infectious Disease Monitoring”*, cofinanziato dall’Unione Europea e coordinato da Harm Reduction International nel 2015 e nel 2016.

Il progetto mira a ridurre i trattamenti degradanti delle persone che si trovano in stato di detenzione ed a migliorare le condizioni di vita in carcere attraverso un monitoraggio più globale e standardizzato della diffusione del virus dell’immunodeficienza (HIV), del virus dell’epatite C (HCV), della tubercolosi (TB) e della riduzione del danno.

L’oggetto della ricerca del progetto ha due componenti. Il primo comprende la “mappatura” della situazione attuale nelle carceri di sette paesi europei (Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Polonia, Portogallo e Spagna) relativamente ad HIV, HCV, TB, e riduzione del danno, nonché delle prassi relative ai meccanismi di monitoraggio basati sui diritti umani fondamentali nelle carceri, con particolare riferimento ad HIV, HCV, TB e riduzione del danno nei medesimi paesi.

La seconda componente di ricerca è l’oggetto del presente *report*, che “mappa” gli *standards* sui diritti umani e sulla sanità pubblica, a livello nazionale ed internazionale, adottati nelle carceri con riferimento ad HIV, HCV TB, e riduzione del danno, insieme alle prassi di nazionali ed internazionali dei meccanismi di monitoraggio della tutela dei diritti umani nelle carceri.

Questa ricerca è stata usata per sviluppare uno strumento di facile utilizzo, *“Il monitoraggio dell’HIV, dell’epatite C, della tubercolosi e la riduzione del danno nelle carceri: uno strumento orientato ai diritti umani per prevenire i maltrattamenti* (disponibile sul sito internet di Harm Reduction International) per sviluppare un monitoraggio più informato e coerente di HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri attraverso meccanismi di monitoraggio dei diritti umani, quali il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti inumani o degradanti (CPT), il Sottocomitato delle Nazioni Unite per la prevenzione della tortura e di altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti (SPT), ed i Meccanismi Nazionali di Prevenzione (NPMs) o le Istituzioni nazionali per i diritti umani. Questi meccanismi, non ancora coinvolti nel settore della riduzione del danno, costituiscono l’obiettivo principale di questo *report*.

I parametri di questo progetto sono stati mantenuti volutamente ristretti al fine di assicurarne la fattibilità. Di conseguenza, il focus è concentrato, specificatamente, sulle problematiche relative ad HIV, HCV TB e riduzione del danno nelle carceri che ospitano persone adulte ed i principi che a questi sono correlati.

Gli istituti minorili e altri luoghi di detenzione tra cui le celle dei commissariati, gli ospedali psichiatrici e i centri di detenzione per immigrati, non rientrano nel campo d’indagine di questa ricerca.

Nonostante questo lavoro resti in ogni caso applicabile anche ai suddetti settori, questi necessitano in ogni caso di specifiche attenzioni, misure e provvedimenti; di conseguenza si necessita di ulteriori ricerche e sviluppo di nuovi strumenti di monitoraggio in queste aree.

Questo report non vuole avere una valenza prescrittiva né consiste in una revisione degli *standards* esistenti sulla salute nelle carceri, ma consiste in una panoramica del diritto alla salute dei detenuti in relazione ad HIV, HCV, TB e riduzione del danno ed in un più ampio insieme di *standards* minimi e linee guida, delineati dai settori della salute pubblica e dei diritti umani, su ciò che è normalmente utilizzato dai meccanismi di monitoraggio dei diritti umani nelle carceri.

## HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri: sanità pubblica e diritti umani

L'importanza di porre l'attenzione su HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri: una prospettiva incentrata sulla sanità pubblica

Le epidemie da HIV, HCV e TB costituiscono un serio problema per la sanità pubblica in tutto il mondo, inclusi i paesi ad alto reddito. Nonostante le suddette patologie possano colpire l'intera comunità, il problema si è presentato in modo particolarmente preoccupante nel sistema carcerario.

La diffusione a livello globale dell'HIV, per esempio, è fino a 50 volte più alta tra i detenuti rispetto ai liberi cittadini<sup>1</sup> ed inoltre, mentre in tutto il mondo un detenuto su quattro convive con l'HIV<sup>2</sup>, all'esterno del sistema carcerario invece, nel più ampio contesto europeo<sup>3</sup>, il rapporto è di una persona su 50.

La TB è una delle cause principali di mortalità nelle carceri<sup>4</sup> di molti paesi, ed il tasso di mortalità è fino a 81 volte più alto nelle carceri rispetto alla comunità esterna<sup>5</sup>.

Le carceri rappresentano un ambiente ad alto rischio per la trasmissione di queste malattie per varie ragioni, quali l'alto tasso di incarcerazione di persone fragili e svantaggiate che sono più a rischio di soffrire di cattive condizioni di salute; la criminalizzazione di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti; l'adozione di comportamenti a rischio in carcere, come ad esempio l'uso di stupefacenti per via endovenosa; le condizioni di detenzione precarie ed il sovraffollamento; L'assistenza sanitaria inadeguata; la mancanza di servizi di riduzione del danno.

A livello mondiale<sup>6</sup> vi è tra i detenuti una sovra-rappresentazione di individui appartenenti alle fasce marginalizzate della società ed in situazioni di povertà. Molti dei fattori che rendono queste categorie di persone più esposte ad una probabile incarcerazione, ossia la povertà, la discriminazione e l'uso di droga, comportano anche che queste persone tendono a portare all'interno delle carceri, un elevato carico di malattie, tra cui un'alta prevalenza di HIV, HCV e TB. A causa della disparità di accesso a servizi di assistenza sanitaria adeguati precedentemente alla loro incarcerazione, molti già cominciano il periodo di detenzione con HIV, HCV e TB non curati, mentre coloro che entrano in carcere con condizioni di salute relativamente buone, hanno una più alta possibilità di contrarre l'infezione per varie ragioni, tra cui un aumento di comportamenti a rischio, come, per esempio, pericolose iniezioni di droga per endovena.

Gli approcci punitivi contro l'uso di sostanze stupefacenti hanno portato ad un'incarcerazione di massa di persone che fanno uso di droga. Secondo cifre globali, il 10-48% di uomini ed il 30-60% di donne in carcere fanno uso o sono dipendenti da sostanze stupefacenti non appena entrati<sup>7</sup> ed un detenuto su sei si pensa che faccia uso di sostanze in misura consistente<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Mariner J and Schleifer R (2013) *The Right to Health in Prisons. Advancing the Human Right to Health*. Zuniga J et al (Eds), Oxford: Oxford University Press.

<sup>2</sup> Lamey S et al. *Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis* (October 2013) *Hepatology* vol 58 no 4:1215-1224.

<sup>3</sup> World Health Organization (July 2015) *Hepatitis C in the WHO European Region: Fact Sheet*. Geneva: WHO.

<sup>4</sup> Lines R, *The right to health of prisoners in international human rights law* (March 2008) *International Journal of Prisoner Health* vol 4 no 1.

<sup>5</sup> World Health Organization (2014) *Prisons and Health – WHO Guide*. Geneva: WHO.

<sup>6</sup> World Health Organization (24 October 2003) *Moscow Declaration: Prison Health as part of Public Health*. Geneva: WHO.

<sup>7</sup> Fazel S, Bains P, and Doll H *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review* (2006) *Addiction* vol 101:181- 191.

<sup>8</sup> World Health Organization (2014) *Prisons and Health – WHO Guide*. Geneva: WHO

In Europa, i reati correlati all'uso, possesso o spaccio di sostanze stupefacenti, costituiscono la principale ragione dell'incarcerazione di una percentuale di condannati che va dal 10 al 25%<sup>9</sup>.

Nonostante siano proibite, si trova il modo di introdurre le droghe nelle carceri e mentre alcuni detenuti smettono di farne uso durante il periodo di detenzione, altri continuano o iniziano a farne uso in carcere.

I livelli di iniezioni di droghe nelle carceri sono alti<sup>10</sup> tenuto conto che le persone che ne fanno uso costituiscono un terzo o la metà di tutta la popolazione carceraria.

Nonostante questa realtà, la previsione di interventi di riduzione del danno, come i programmi di scambio di aghi/siringhe (NSPs) e la terapia di sostituzione degli oppioidi (OST), è estremamente limitata se comparata a ciò di cui usufruisce l'intera comunità esterna.

Per quanto riguarda il 2015, ci sono solo sette paesi o territori nel mondo che implementano i NSPs, mentre 44 adottano l'OST in almeno un carcere<sup>11</sup>.

Poiché gli aghi e le siringhe sono pochi nelle carceri, chi fa uso di droga è spesso costretto a creare da solo la siringa ed a prestarla o riutilizzarla in caso di necessità. A volte fino a 15 o 20 detenuti usano la stessa siringa<sup>12</sup>. Questo comportamento costituisce il modo più semplice di trasmissione dell'HIV e HCV<sup>13</sup>. La combinazione tra un alto tasso di HIV, HCV e l'utilizzo in condivisione della stessa siringa, crea un ambiente ad alto rischio per queste malattie.

Fattori addizionali di rischio per la trasmissione dell'HIV e dell'HCV comprendono i rapporti sessuali non protetti (sia consensuali che non consensuali)<sup>14</sup> e l'uso in condivisione di strumenti per i tatuaggi e *piercing* e di rasoi.

Ad intensificare il rischio di infezioni e malattie concorrono le condizioni di detenzione precarie in cui si trovano i detenuti. Sovraffollamento, condizioni sanitarie precarie, ventilazione ed illuminazione inadeguate, temperature estreme, mezzi inadeguati per mantenere l'igiene personale, la mancanza di accesso all'acqua potabile ed alimenti non adeguati sul piano nutrizionale sono elementi comuni in carcere e contribuiscono all'aumento del tasso di malattie e di mortalità. Inoltre, queste condizioni precarie, inevitabilmente si riscontrano all'interno di un clima di violenza, umiliazione e discriminazione che crea barriere per l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria che sono spesso inefficaci o inadeguati.

La salute nelle carceri è tipicamente di competenza del Ministero della Giustizia o dell'Interno piuttosto che del Ministero della Salute e per tale motivo spesso si verifica non solo una divergenza, ma anche una marcata disparità, tra l'assistenza sanitaria fornita ai detenuti e quella alla comunità esterna.

---

<sup>9</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012) *Prisons and Drugs in Europe – Problem and Responses*. Lisbon: EMCDDA, p 9.

<sup>10</sup> Dolan K, et al., *People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention* (2015) *International Journal of Drug Policy* vol 26:S12-S15.

<sup>11</sup> The *Global State of Harm Reduction* individual 43 paesi o aree che implementano gli OST in almeno un carcere. Dal 2014, anche il Vietnam ha iniziato a fornire OST in almeno un carcere, quindi il totale ora è 44. Si veda Harm Reduction International (2014) *Global State of Harm Reduction*. London: HRI; and UNODC (2 October 2015) *Viet Nam opens the first Methadone Maintenance Therapy Service Unit for Prisoners*. Available at <https://www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/vietnam/2015/10/prisoners/story.html> (date of last access 29 January 2016).

<sup>12</sup> Dolan K, et al. *People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention* (2015) *International Journal of Drug Policy* vol 26:S12-S15.

<sup>13</sup> International Federation of the Red Cross (2010) *Out of Harm's Way: Injecting Drug Users and Harm Reduction*. Geneva: IFRC.

<sup>14</sup> La trasmissione sessuale dell'HIV è rara, nonostante il rischio aumenti se sono presenti infezioni sessualmente trasmissibili (STI) o il rapporto sessuale è particolarmente violento, i.e. trasmissione attraverso il sangue piuttosto che altri fluidi corporei.

Le condizioni degradanti nelle carceri non riguardano solo i detenuti ed il personale penitenziario ma costituiscono un problema che riguarda un pubblico più ampio.

Le malattie trasmesse o che si aggravano nelle carceri non rimangono mai in *loco*. E' stato stimato che più di 10.2 milioni di persone, inclusi i detenuti definitivi e quelli in stato di detenzione cautelare, sono tenuti in centri di detenzione in tutto il mondo<sup>15</sup>, di cui sei milioni solo in Europa<sup>16</sup>. All'incirca un terzo di questi è restituito alla società ogni anno<sup>17</sup>.

Poiché la recidiva è un fenomeno comune, specialmente tra coloro che sono dipendenti da droga<sup>18</sup>, c'è un alto grado di mobilità tra carcere e comunità. Inoltre, c'è una notevole interazione quotidiana tra detenuti, personale penitenziario e visitatori. La salute nelle carceri è perciò intimamente connessa con la sanità pubblica<sup>19</sup>, anche se, come sarà dimostrato nella sezione seguente, non è solo una questione di sanità pubblica ma anche di diritti umani fondamentali.

### HIV, HCV, TB e diritto alla salute dei detenuti: diritti e obblighi

Secondo le leggi internazionali sui diritti umani, i detenuti restano titolari di tutti i loro diritti fondamentali durante il periodo di detenzione, ad eccezione di quelli che sono inevitabilmente limitati o ristretti a causa della privazione della loro libertà personale<sup>20</sup>. Per tale motivo, come tutti gli individui, i detenuti hanno diritto al più alto standard di salute fisica e mentale (qui di seguito "diritto alla salute").

Il pilastro portante per la protezione del diritto alla salute nel diritto internazionale si trova nell'articolo 12 della Convenzione Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, anche se varie disposizioni si trovano anche in altri trattati sui diritti umani che tutelano anche i diritti alla salute dei detenuti<sup>21</sup>. Alcuni di questi sanciscono specificamente il diritto alla salute<sup>22</sup>, mentre altri, per esempio, offrono una protezione indiretta, come il divieto di tortura e maltrattamenti e che, come confermato dal Comitato sui diritti umani, coinvolge il diritto alla salute di tutte le persone detenute<sup>23</sup>. Il diritto a trattamenti umani impone obblighi positivi agli Stati al fine di proteggere la vita ed il benessere dei detenuti e tale diritto è stato interpretato

<sup>15</sup> Prison Reform International (2015) *Global Prison Trends*. London: PRI.

<sup>16</sup> World Health Organization (2014) *Prisons and Health – WHO Guide*. Geneva: WHO, p xi

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Dolan K, et al 'People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention' (2015) *International Journal of Drug Policy* vol 26:S12-S15.

<sup>19</sup> Si veda, ad esempio, la Dichiarazione sulla salute penitenziaria come parte della Sanità Pubblica (Dichiarazione di Mosca) adottata a Mosca il 24 Ottobre 2003

<sup>20</sup> *Human treatment of people deprived of their liberty*, General Comment No. 21: Article 10, Report of the UN High Commissioner for Human Rights (10 April 1992) UN Doc No. CCPR/C/21, par.. 3.

<sup>21</sup> Sono incluse la Convenzione Internazionale sui diritti civili politici (ICCPR), la Convenzione contro la tortura ed altri trattamenti o pene inumane, crudeli o degradanti (CAT); la Convenzione sull'eliminazione della discriminazione contro le donne (CEDAW); la Convenzione sui diritti del bambino (CRC); la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD); la Convenzione Europea per la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali; la Convenzione europea per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti; la Carta sociale europea; la Carta Africana sui diritti delle persone; ed il protocollo addizionale alla convenzione Americana sui diritti umani nell'ambito dei diritti economici, sociali e culturali.

<sup>22</sup> Sono comprese la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, articolo 25.1; la Convenzione sui diritti del fanciullo, articolo 24; la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, articolo 12; il Patto internazionale per l'eliminazione della discriminazione razziale, articolo 5; la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, articolo 25; la Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti di tutti i lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, articolo 28; la Carta sociale europea, articolo 11, la Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, 'articolo 16, la Carta africana sui diritti e il benessere dei bambini, articolo 14 ed il Protocollo addizionale alla Convenzione americana sui diritti umani nello spazio di economici, sociali e culturali, articolo 10.

<sup>23</sup> *Concluding Observations: Georgia*, Human Rights Committee (2002) UN Doc No. A/57/40, par. 78(7).

da vari meccanismi sui diritti umani come una richiesta alle autorità di Governo, di salvaguardare la salute dei detenuti<sup>24</sup>.

Come sarà dimostrato in questa sezione del *report*, il diritto alla salute e la libertà dalla tortura e dai maltrattamenti sono indivisibili e interdipendenti, in modo particolare nell'ambiente penitenziario<sup>25</sup>.

Soprattutto, il diritto alla salute è un diritto inclusivo che comprende non solo una tempestiva e appropriata assistenza sanitaria, ma anche i sottostanti componenti determinanti la salute<sup>26</sup>.

La sezione seguente individua alcuni dei diritti ed obblighi più rilevanti che derivano dal diritto alla salute dei detenuti nel contesto dell'HIV, HCV, TB e della riduzione del danno.

### Il diritto alla non discriminazione ed uguaglianza dell'assistenza sanitaria

Uno degli obblighi fondamentali che derivano dal diritto alla salute è quello di assicurare "il diritto all'accesso alle strutture sanitarie, beni e servizi, senza discriminazioni specialmente per le fasce più vulnerabili ed emarginate della popolazione"<sup>27</sup>, che, come già è stato detto, comprendono anche i detenuti.

Vari principi sui trattamenti umani di detenuti fanno riferimento all'importanza della non discriminazione<sup>28</sup> nell'accesso all'assistenza sanitaria, un obbligo che è anche confermato in molte dichiarazioni e linee guida sulla sanità pubblica<sup>29</sup>.

Con riferimento all'HIV e HCV nelle carceri, l'ex Relatore speciale delle Nazioni Unite sul diritto alla salute, Anand Grover, ha dichiarato che "se i programmi di riduzione del danno ed i trattamenti *evidence-based* (basati sulle evidenze) sono disponibili per la generalità del pubblico ma non per i detenuti, è ipotizzabile una violazione del diritto internazionale"<sup>30</sup>.

Strettamente correlato all'obbligo di non discriminazione è l'obbligo internazionalmente riconosciuto di fornire uno *standard* di assistenza nelle carceri che sia almeno equivalente a quello disponibile nella comunità libera, comunemente noto come "principio dell'equivalenza". Alcuni esperti, comunque, si sono chiesti se lo scopo non sia l'equivalenza dell'assistenza, ma piuttosto l'equivalenza degli obiettivi e risultati<sup>31</sup> che comporterebbe un più alto standard di assistenza per i detenuti. Quest'opinione è supportata dal

<sup>24</sup> Lines R 'The right to health of prisoners in international human rights law' (March 2008) *International Journal of Prisoner Health* vol 4 no 1:11.

<sup>25</sup> Grover A and Gaziye J, *A Contribution by the Special Rapporteur on the Right to Health: Right to Health and Freedom from Torture and Ill-Treatment in Healthcare Settings* (No date provided) *Torture in Healthcare Settings: Reflection on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*, Centre for Human Rights and Humanitarian Law Anti Torture Initiative, p 17. Available at: [http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF\\_Torture\\_in\\_Healthcare\\_Publication.pdf](http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf) (date of last access 29 January 2016).

<sup>26</sup> General Comment 14: *The right to the highest attainable standard of physical and mental health*, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc No. E/C.12/2000/4, par. 11

<sup>27</sup> *Ibid.*, par. 43(a).

<sup>28</sup> Si veda: Recommendation Rec (2006) 2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules of the Council of Europe (11 January 2006) par. 40.3; Basic Principles for the Treatment of Prisoners, General Assembly of the Council of Europe (14 December 1990) principle 9.

<sup>29</sup> Si veda: UNODC, WHO and UNAIDS (2006) *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings – A Framework for an Effective National Response*. Vienna: UN Office on Drugs and Crime; UNAIDS (1997) *Prisons and AIDS*. Vienna: UN Office on Drugs and Crime; WHO (1993) *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: World Health Organization.

<sup>30</sup> Report of the Special Rapporteur on the Right to the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, General Assembly (6 August 2010) UN Doc No. A/65/255, par. 60.

<sup>31</sup> Lines R, *From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlements of prisoners to health care standards higher than those outside prisons* (December 2006) *International Journal of Prisoner Health* vol 2 no 4:269-280.

Comitato Europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti<sup>32</sup> ed anche dall'Ex Relatore speciale sul diritto alla salute<sup>33</sup>.

### Il diritto ai farmaci essenziali

Un altro importante obbligo con riferimento al diritto alla salute dei detenuti è la previsione di farmaci essenziali come stabilito dal Programma sui farmaci essenziali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO<sup>34</sup>). I farmaci essenziali sono quelli che soddisfano la necessità di cura della maggioranza della popolazione<sup>35</sup> e che dovrebbero sempre essere disponibili in quantità sufficiente e sotto la forma terapeutica appropriata e che assicurino qualità e<sup>36</sup> un prezzo accessibile.

La lista dei farmaci essenziali del WHO<sup>37</sup> include la morfina, il metadone, la buprenorfina, farmaci comunemente usati per curare la dipendenza dagli oppioidi. Questi ed altri farmaci contenuti nella Lista, tra cui i farmaci antiretrovirali, sono altresì essenziali per l'HIV, HCV e la TB, nonché per il trattamento e la gestione del dolore. Poiché alcuni farmaci sono classificati come "sostanze controllate" secondo le convenzioni internazionali sul controllo della droga, la loro disponibilità per scopi medici è spesso eccessivamente limitata o ristretta, nonostante tali limitazioni non trovino fondamento nel diritto internazionale<sup>38</sup>. Se questi farmaci sono disponibili per la più vasta comunità, nell'ambiente penitenziario tendono ad essere di più scarsa qualità, forniti sporadicamente o proprio semplicemente non disponibili.

Poiché l'obbligo di fornire farmaci essenziali deve essere assolto senza discriminazioni, questi *deficits* rappresentano una violazione del diritto internazionale<sup>39</sup>. Infatti, l'ex Relatore Speciale sul diritto alla salute ed il Comitato sui diritti umani hanno entrambi confermato che c'è un obbligo per gli Stati di assicurare che alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e private della loro libertà personale, siano forniti i farmaci essenziali e che il dolore e la sofferenza associati ai sintomi da astinenza potrebbero equivalere a maltrattamenti<sup>40</sup>, come ritenuto dalla Corte europea sui diritti umani nella sentenza *McGlinchey e altri v Inghilterra*<sup>41</sup>.

---

<sup>32</sup> Council of Europe, *Background Paper for Conference: The CPT at 25: taking stock and moving forward*, 2 March 2015, p 10. Available at: [http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-background\\_paper.pdf](http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-background_paper.pdf) (date of last access 29 January 2016).

<sup>33</sup> Report of the Special Rapporteur on the Right to the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, General Assembly (6 August 2010) UN Doc No. A/65/255 par. 60.

<sup>34</sup> General Comment 14: The right to the highest attainable standard of physical and mental health, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc. E/C.12/2000/4.

<sup>35</sup> Hogerzeil H (2006) Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? - *WHO Bulletin* [emphasis added]. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/371.pdf> (date of last access 29 January 2016).

<sup>36</sup> WHO (2006) *The Selection and use of essential medicines: Report of the WHO Expert Committee 2005*. Geneva: World Health Organization Technical Report Series, No. 933.

<sup>37</sup> WHO, (2015) *Model List of Essential Medicines, 19<sup>th</sup> List, April 2015 (Amended June 2015)*. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/20/EML\\_2015\\_FINAL\\_amended\\_JUN2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_JUN2015.pdf?ua=1) (date of last access 29 January 2016).

<sup>38</sup> Si veda: International Harm Reduction Association (2010) *Controlled Essential Medicines, Human Rights and Drug Policy: Briefing*. London: Harm Reduction International; and Lohman, Diederik, Ezer, and Tamar (2014) *Denial of Pain Treatment and the Prohibition Against Torture and Ill-Treatment, Torture in Healthcare Settings: Reflection on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Washington, DC: American University George Washington College of Law Centre for Human Rights and Humanitarian Law Anti Torture Initiative, p 137. Available at: [http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF\\_Torture\\_in\\_Healthcare\\_Publication.pdf](http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf) (date of last access 29 January 2016).

<sup>39</sup> Access to medicine in the context of the right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health, UN Human Rights Council (12 October 2009) UN Doc No. A/HRC/RES/12/24.

<sup>40</sup> Si veda: Report of the Special Rapporteur on the right to health, Anand Grover, UN General Assembly (6 August 2010) UN DocNo. A/65/255; Concluding observations of the seventh periodic report of the Russian Federation, Human Rights Committee (31 March 2015) UN Doc No. CCPR/C/RUS/CO/7, par. 16; Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan Méndez, Human Rights Council (1 February 2013) UN Doc No. A/HRC/22/53, par. 55.

<sup>41</sup> European Court of Human Rights, *McGlinchey and Others v. UK*, Application no. 50390/99, 29 July 2003, par. 71.

## Il diritto all'assistenza medica ed alle cure

Il diritto all'assistenza medica e alle cure è un elemento critico del diritto alla salute dei detenuti. Il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali (CESCR) ha affermato che “gli Stati hanno l'obbligo di rispettare il diritto alla salute astenendosi dal negare o limitare un accesso egualitario per tutti, inclusi carcerati o detenuti, a servizi sanitari curativi o palliativi”<sup>42</sup>. Quest'obbligo è anche regolarmente espresso nei meccanismi dei diritti civili e politici. Il Comitato sui diritti umani, per esempio, ha confermato che, l'obbligo di “fornire adeguata assistenza medica ai detenuti”, è previsto dall'articolo 10 (divieto di trattamenti inumani o degradanti) della Convenzione Internazionale sui diritti civili e politici<sup>43</sup>; un'opinione ribadita dall'Ex Relatore Speciale sulla tortura, Manfred Nowak<sup>44</sup>. Gli *standards* sul trattamento dei detenuti<sup>45</sup> riflettono anche quest'obbligo e, la Corte Europea sui diritti umani ha ritenuto, in più occasioni, che l'assistenza ed i trattamenti per l'HIV, HCV o TB inadeguati equivalgono a trattamenti crudeli, disumani o degradanti<sup>46</sup>.

Un elemento importante di questo particolare diritto nel contesto penitenziario è quello della continuità dell'assistenza e dei trattamenti. Per le persone con problemi di salute che si muovono tra il carcere e la società può accadere che brevi periodi in carcere siano particolarmente distruttivi per i programmi e trattamenti di cura predisposti in comunità. Altri che hanno cominciato un particolare trattamento in carcere non intraprendono/sono informati su un appropriato percorso di post-terapia dopo il rilascio. Questo principio è espressamente enunciato dalle aggiornate Regole minime per il trattamento dei detenuti<sup>47</sup> e trova supporto in documenti<sup>48</sup> del WHO, dell' UNODC, e dell'UNAIDS ed anche in altri *standard* di sanità pubblica<sup>49</sup>.

## Il diritto a servizi sanitari di prevenzione, inclusa la riduzione del danno

Il diritto a servizi sanitari di prevenzione è particolarmente rilevante nel contesto delle malattie infettive nelle carceri. Il CESCR conferma che “gli Stati hanno l'obbligo di rispettare il diritto alla salute astenendosi dal negare o limitare un accesso egualitario per tutti, inclusi detenuti o carcerati, ai servizi sanitari di

---

<sup>42</sup> General Comment 14: The right to the highest attainable standard of physical and mental health, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc No. E/C.12/2000/4, par. 34. In diverse occasioni il Comitato ha espresso specifiche preoccupazioni in merito all'inadeguato accesso alle cure sanitarie in carcere. Si veda: Concluding observations: Ukraine, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (4 January 2008) UN Doc No. E/C.12/UKR/CO/5.

<sup>43</sup> Concluding Observations: Georgia, UN Human Rights Committee (2002) UN Doc A/57/40, par. 78(7).

<sup>44</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, UN Human Rights Council (14 January 2009) UN Doc No. A/HRC/10/44, par. 71.

<sup>45</sup> Si veda, the Revised UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules) (2015) UN Doc No. 5/CN.15/2015/L.6/Rev.1, Rule 24; Recommendation Rec (2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules, Council of Europe, (11 January 2006), par. 39.

<sup>46</sup> Si vedano i seguenti casi affrontati dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo: *M.S. v. Russia*, Application no. 8589/08, 10 July 2014; *Koryak v. Russia*, Application no. 24677/10, 13 November 2012; *Glakiy v. Russia*, Application no. 3242/03, 21 December 2010; *Kozhokar v. Russia*, Application no. 33099/08, 16 December 2010; *Menchenkov v. Russia*, Application no. 35421/05, 7 February 2008; *Khudobin v. Russia*, Application no. 59696/00, 26 October 2006; and *McGlinchey and Others v. UK*, Application no. 50390/99, 29 July 2003.

<sup>47</sup> United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules), UN General Assembly (29 September 2015) UN Doc No. A/C.3/70/L.3, rule 24(2): “Health-care services should be organized in close relationship to the general public health administration and in a way that ensures continuity of treatment and care, including for HIV, tuberculosis and other infectious diseases, as well as for drug dependence”.

<sup>48</sup> Si veda: UNODC, WHO and UNAIDS (2006) *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings – A Framework for an Effective National Response*. Vienna: UN Office on Drugs and Crime, par. 48.

<sup>49</sup> Si veda, World Medical Association (October 2011) *Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and The Spread of TB and Other Communicable Diseases*. Ferney-Voltaire, France: World Medical Association.



prevenzione<sup>50</sup>. Più specificamente, il Comitato ha raccomandato agli Stati di intervenire per combattere la diffusione delle malattie nelle carceri, soprattutto patologie gravi come la TB<sup>51</sup> e l'HIV<sup>52</sup>.

Il Comitato sui diritti umani ha notato che "il pericolo per la salute e la vita dei detenuti per la diffusione di malattie contagiose e l'insufficienza di cure equivale ad una violazione dell'articolo 10 (divieto di tortura e maltrattamenti) e può anche includere una violazione degli articoli 9 (diritto alla libertà ed alla sicurezza del propria persona) e 6 (diritto alla vita)<sup>53</sup>. L'ex Relatore Speciale sulla tortura<sup>54</sup> e la Corte europea dei diritti umani<sup>55</sup> hanno entrambi appoggiato quest'impostazione, mentre la Commissione Europea per la prevenzione della tortura ha confermato che, "privare una persona della sua libertà comporta sempre un dovere di diligenza che richiede concreti metodi di prevenzione"<sup>56</sup>.

Quest'obbligo giuridicamente vincolante trova riflesso anche negli *standards* sulla salute in carcere<sup>57</sup>, sulle dichiarazioni del WHO<sup>58</sup> e dell'Associazione Medica Mondiale<sup>59</sup>, come anche nelle risoluzioni non vincolanti del Consiglio d'Europa<sup>60</sup> e dell'Assemblea Parlamentare<sup>61</sup>.

Una delle modalità più efficaci per prevenire la diffusione dell'HIV e HCV nelle carceri è la previsione della riduzione del danno<sup>62</sup>. A questa conclusione sono pervenuti anche varie autorità sui diritti umani<sup>63</sup> e sulla sanità pubblica<sup>64</sup>. Navi Pillay, l'ex Alto Commissario per i diritti umani, per esempio, ha riconosciuto nel 2009, l'evidenza oramai di lunga durata, che un approccio basato sulla riduzione del danno costituisce il metodo più efficace di protezione dei diritti umani, limitando la sofferenza personale e riducendo l'incidenza dell'HIV, ed ha sottolineato che "questi effetti li ottengono in particolar modo coloro che si trovano in stato di detenzione"<sup>65</sup>.

---

<sup>50</sup> General Comment 14: The right to the highest attainable standard of physical and mental health, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc No. E/C.12/2000/4, (2000), par. 34 [emphasis added].

<sup>51</sup> Concluding Observations to Moldova, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2003) UN Doc No. E/2004/22, par. 337.

<sup>52</sup> Concluding Observations to the Russian Federation, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2011) UN Doc No. E/C.12/RUS/CO/5, par. 29.

<sup>53</sup> Concluding observations: Moldova, Human Rights Committee (2002) par. 9

<sup>54</sup> Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, UN Human Rights Council (14 January 2009) UN Doc No. A/HRC/10/44, par. 74

<sup>55</sup> European Court of Human Rights, *Melnik v. Ukraine*, Application no. 72286/01, 28 March 2006, par.s 104-106. See also: *Staykov v. Bulgaria*, Application no. 49438/99, 12 October 2006, par. 81-82.

<sup>56</sup> 11<sup>st</sup> General Report on the CPT's activities, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or punishment (3 September 2001) CPT/Inf (2001), par. 31 [emphasis added]

<sup>57</sup> The Madrid Recommendation, Health Protection in Prisons as an Essential Part of Public Health, October 2009, Spain.

<sup>58</sup> WHO (1993) *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva: World Health Organization; UNODC, WHO and UNAIDS (2006) *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings – A Framework for an Effective National Response*. Vienna: UN Office on Drugs and Crime

<sup>59</sup> Si veda: World Medical Association, Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of TB and Other Communicable Diseases, Adopted by the 52<sup>nd</sup> WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000, and revised by the 62<sup>nd</sup> WMA General Assembly, Montevideo, Uruguay, October 2011.

<sup>60</sup> Recommendation No. R (98) 7 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Ethical and Organizational Aspects of Health Care in Prison, Council of Europe, Committee of Ministers (adopted 8 April 1998).

<sup>61</sup> Resolution 1536 (2007)1 on HIV in Europe, Parliamentary Assembly of the Council of Europe (2007) par. 9.4

<sup>62</sup> Si veda: UNODC, WHO and UNAIDS (2006) *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings – A Framework for an Effective National Response*. Vienna: UN Office on Drugs and Crime.

<sup>63</sup> Si veda: Concluding Observations on Mauritius, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (10 December 2012) UN Doc No. E/C.12/MUS/CO/4, par. 27

<sup>64</sup> Si veda, the Madrid Recommendation, Health Protection in Prisons as an Essential Part of Public Health, October 2009, Spain.

<sup>65</sup> High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy, United Nations Press Release (10 March 2009). Speech available at: <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument> (date of last access 29 January 2016).

Infatti, la previsione di servizi di riduzione del danno per persone che fanno uso di droga è ora riconosciuta come una componente fondamentale del diritto alla salute e costituisce un obbligo giuridico secondo la legge internazionale sui diritti umani di cui gli Stati sono chiamati a rispettare<sup>66</sup>.

### Il diritto alle componenti sottostanti del diritto alla salute

Secondo il CESCR, il diritto alla salute include non solo l'assistenza sanitaria ma anche gli altri componenti essenziali della salute, come "l'accesso all'acqua potabile e ad adeguati servizi igienici, un'adeguata fornitura di cibo sano, nutrimento e alloggio, sane condizioni occupazionali e ambientali, e l'accesso a educazione ed informazione in materia di salute"<sup>67</sup>. Questi ed altri sottostanti componenti hanno un considerevole impatto sulla salute o meno delle persone e ciò rileva particolarmente nelle carceri.

Il CESCR ha identificato l'alloggio come "il fattore ambientale più frequentemente associato all'insorgenza di malattie, stabilendo che "un alloggio e condizioni di vita inadeguati o deficitari sono invariabilmente associati a tassi di mortalità più alti"<sup>68</sup>. Anche le Regole minime per il trattamento dei detenuti esplicitamente riconoscono che essi sono strettamente legati allo stato di salute del detenuto<sup>69</sup>. Inoltre, il Comitato contro la tortura e l'ex Relatore Speciale sulla tortura hanno frequentemente sostenuto che inadeguate condizioni di detenzione possano equivalere a maltrattamenti<sup>70</sup> mentre la Corte Europea sui diritti umani ha constatato che il peggioramento delle condizioni di salute o la contrazione di malattie durante il periodo di detenzione può essere considerata come prova che le condizioni di detenzione sono disumane o degradanti<sup>71</sup>.

### Il diritto alla partecipazione

Il diritto alla partecipazione ovvero il diritto fondamentale degli individui ad esprimere la propria opinione su questioni che riguardano la loro vita, è stato descritto come "il diritto di tutti i diritti"<sup>72</sup>. Il CESCR e l'ex Relatore Speciale sul diritto alla salute, Paul Hunt, hanno individuato la partecipazione al processo decisionale su questioni legate alla salute a livello locale, nazionale ed internazionale, come una delle componenti fondamentali del diritto alla salute<sup>73</sup>. Soprattutto, gli individui hanno diritto ad una partecipazione "attiva ed informata" che dipende da accordi istituzionali e specifici meccanismi per

---

<sup>66</sup> Si veda anche: OHCHR (7 December 2015) Open Letter by the Special Rapporteur on the right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, in the context of the preparations for the UNGASS on drugs which will take place in New York in April 2016; Harm Reduction International et al (15 May 2015) OHCHR Submission: Impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. London: Harm Reduction International; Hunt P (2008) 'Human Rights, Health and Harm Reduction: States' amnesia and parallel universes'. Address at Harm Reduction International's 19<sup>th</sup> Annual Conference in Barcelona, Spain, 11 May; and Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Mission to Sweden, General Assembly (28 February 2007) UN Doc No. A/HRC/4/28/Add.

<sup>67</sup> General Comment 14: The right to the highest attainable standard of physical and mental health, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc No. E/C.12/2000/4, par. 11.

<sup>68</sup> General Comment 4: The right to adequate housing, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc No. E/C.12/2000/4, par. 8(d).

<sup>69</sup> Revised UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules), UN General Assembly (2015) UN Doc No. 5/CN.15/2015/L.6/Rev.1, Rules 13, 14, 18, and 22.

<sup>70</sup> Si veda: Report of the Committee Against Torture, UN Committee Against Torture (1998) UN Doc No. A/53/44; Special Rapporteur on Torture, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, U.N. Doc. A/62/221 (2007), par. 9

<sup>71</sup> Si vedano i seguenti casi affrontati dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo; *Benedictov v. Russia*, Application No. 106/02, 10 May 2007 and *Kalashnikov v. Russia*, Application no. 47095/99, 15 July 2002. See also: *Ananyev and Others v. Russia*, Application nos 42525/07 and 60800/08, 10 January 2012.

<sup>72</sup> Waldron J 'Participation: The right of rights' (1998) *Proceedings of the Aristotelian Society* vol 98:307-337.

<sup>73</sup> Si veda: *General Comment 14: The right to the highest attainable standard of physical and mental health*, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) UN Doc No. E/C.12/2000/4, par. 11; Potts H and Hunt P (2008) *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Colchester, UK: University of Essex Human Rights Centre, foreword.

assicurare la partecipazione a diversi livelli, così come attività di *capacity-building* (rafforzamento delle capacità) per assicurarsi che le persone abbiano la possibilità di partecipare in maniera significativa ed efficace<sup>74</sup>.

In questo contesto, una partecipazione informata si fonda in parte sul diritto di cercare, ricevere ed impartire informazioni e sul diritto ad un'educazione di base alla salute.

La WHO, l'UNODC e l'UNAIDS hanno riconosciuto l'importanza della partecipazione dei detenuti nel contesto dello sviluppo e della implementazione di politiche ed iniziative concentrate sul tema dell'HIV nelle carceri<sup>75</sup>.

C'è un riconoscimento dell'importanza della partecipazione del detenuto alle questioni che riguardano la salute da parte del Consiglio d'Europa<sup>76</sup> e del Comitato Europeo per la Prevenzione della tortura<sup>77</sup>.

Soprattutto, sono stati identificati importanti benefici derivanti dalla partecipazione degli individui su questioni riguardanti la salute, tra cui un aumento della sostenibilità e efficacia degli interventi, miglioramenti nei risultati medici e nella qualità dei servizi di assistenza sanitaria, responsabilizzazione degli individui e responsabilità intensificata<sup>78</sup>.

---

<sup>74</sup> Si veda: Potts H and Hunt P (2008) *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Colchester, UK: University of Essex Human Rights Centre.

<sup>75</sup> Si veda, UNODC, WHO and UNAIDS (2006) *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings – A Framework for an Effective National Response*. Vienna: UN Office on Drugs and Crime, p 13; From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA), UNAIDS (1999) UN Doc No. UNAIDS/99.43E.

<sup>76</sup> Commentary to Recommendation Rec(2006) 2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules, Council of Europe. Available at: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/E%20commentary%20to%20the%20EPR.pdf> (date of last access 29 January 2016).

<sup>77</sup> Background Paper for Conference: The CPT at 25: taking stock and moving forward, Council of Europe (2 March 2015), p 11. Available at: [http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-background\\_paper.pdf](http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-background_paper.pdf) (date of last access 29 January 2016).

<sup>78</sup> Potts H and Hunt P (2008) *Participation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*. Colchester, UK: University of Essex Human Rights Centre.

## Standard minimi relativi a HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri

### Quali sono gli standard minimi e come sono usati?

Gli standard sono tipicamente intesi come accordi in relazione all'adeguato o auspicabile livello di qualità da conseguire. Nel settore della sanità pubblica, generalmente sono tratti dagli elementi raccolti sul campo o dalle buone prassi. Nel contesto dei diritti umani, gli standard derivano dalla legge ed aiutano a delineare i presupposti minimi necessari per il rispetto degli obblighi di legge. Ad esempio, se è vero che i diritti legati alla salute dei detenuti sono tutelati dalla legge, la legge stessa non indica in maniera sufficientemente chiara cosa è richiesto agli stati perché adempiano ai loro obblighi in relazione ad un particolare diritto. Definendo alcuni tra i passaggi specifici ed i parametri necessari per rispettare, proteggere e riconoscere i diritti umani, gli standard aiutano a garantire la responsabilità e l'affidabilità dello stato in maniera strutturata. Gli standard sono anche uno strumento molto utile per monitorare l'adempimento degli stati dei loro obblighi in materia di diritti umani. È importante notare, tuttavia, che la conformità agli standard assicura solo un livello minimo di tutela, nonostante spesso sia un presupposto necessario per il rispetto degli obblighi di legge. Pertanto, le autorità dovranno adoperarsi per garantire condizioni che siano migliori rispetto a quelle identificate dagli standard minimi indicati nel presente report o altrove.

Alcuni standard, tra cui il divieto assoluto di tortura o maltrattamento e l'obbligo di rispettare il diritto alla salute senza negare o limitare la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti, sono tutelati da trattati internazionali o regionali, nonché dalle costituzioni e dalle leggi nazionali. Altri standard di sanità pubblica o diritti umani, quali quelli contenuti Nelle Norme Minime Standard dell'ONU per il Trattamento Dei Detenuti, codificano molti più diritti specifici ed obblighi relativi ad esempio al trattamento medico adeguato per i detenuti. Nonostante queste ultime non siano formalmente considerate fonti di diritto internazionale, e tecnicamente costituiscano strumenti giuridici di "soft-law" non vincolanti, si può validamente sostenere che siano diventati requisiti minimi legali che gli stati devono soddisfare<sup>79</sup>.

### Standard minimi relativi a HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri

I seguenti standard sono stati identificati come i più significativi ai fini della prevenzione, del trattamento e della cura di HIV, HCV e/o TB nelle carceri, secondo delle modalità che siano conformi ai diritti umani. Non sono nuovi, ma piuttosto derivano da standard preesistenti nell'ambito dei diritti umani e della sanità pubblica. Alcuni potrebbero risultare nuovi al personale sanitario perché è stata aggiunta la prospettiva dei diritti umani, e viceversa.

Tali standard sono stati selezionati a seguito di un attento studio in materia di diritti umani di trattati, dichiarazioni, commenti generali, impegni, raccomandazioni, regole, principi, politiche, rapporti, sentenze nazionali ed internazionali, rapporti degli organismi di monitoraggio, standard relativi al trattamento umano, linee-guida in materia di sanità pubblica e buone prassi relative a HIV, HCV, TB, consumo di droghe, riduzione del danno e diritti umani nelle carceri.

Le prime cinque sezioni fanno luce sulle problematiche ritenute più urgenti e più sovente trascurate che siano connesse alla prevenzione dei maltrattamenti in relazione a HIV, HCV, TB e riduzione del danno nel contesto nazionale (sezioni 6-8), il sistema sanitario penitenziario (sezioni 9-16), e la responsabilità per la salute dei detenuti e per i diritti umani (sezioni 17-19).

È importante considerare che gli standard seguenti adottano un approccio alla sanità basato sui diritti umani, volto ad assicurare nelle carceri il diritto di godere del massimo livello raggiungibile di salute fisica e

---

<sup>79</sup> Lines R 'The right to health of prisoners in international human rights law' (March 2008) *International Journal of Prisoner Health* vol 4 no 1, p 14.

mentale e gli altri diritti relativi alla salute. Tale approccio si fonda su sette principi: partecipazione, uguaglianza e non discriminazione, responsabilità e disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità dei beni e dei servizi offerti dalle strutture. Questi principi devono guidare non solo la fornitura dei servizi, ma anche la programmazione in qualsivoglia settore della sanità pubblica ed in ogni stadio del procedimento. Un approccio alla salute basato sui diritti umani non è finalizzato solo al raggiungimento di alcuni obiettivi o risultati in ambito sanitario, ma è volto al raggiungimento di tali obiettivi attraverso un processo partecipativo, inclusivo, trasparente e reattivo.

---

## 1) SERVIZI DI PREVENZIONE/RIDUZIONE DEL DANNO

(a) Tutti i detenuti devono avere ugualmente accesso, in maniera semplice e confidenziale, ad aghi e siringhe sterili, attraverso programmi di scambio di aghi e siringhe. I detenuti e lo staff carcerario devono essere formati ed informati con riguardo a tali programmi, e devono essere coinvolti nella loro elaborazione ed attuazione.

(b) I programmi di scambio di aghi e siringhe devono essere disponibili in ogni momento rilevante, essere accessibili in via confidenziale ed essere gratuiti.

(c) Tutti i detenuti devono avere accesso, in ugual misura, in maniera semplice, gratuita, discreta e confidenziale, a profilattici e lubrificanti. Questi devono essere resi disponibili in più luoghi, e senza che i detenuti ne debbano fare richiesta.

(d) Le detenute devono avere accesso, in ugual misura, in maniera semplice, gratuita, e discreta a profilattici femminili.

(e) Deve essere offerta a tutti i detenuti ed i dipendenti del carcere profilassi post-esposizione per l'esposizione che potenzialmente potrebbe trasmettere HIV. Essa deve essere fornita entro 72 ore.

(f) Le donne incinte devono avere accesso a tutti gli strumenti necessari ad evitare la trasmissione madre-figlio, ivi inclusa la pianificazione familiare e la profilassi antiretrovirale per donne incinte e che allattano.

(g) I detenuti devono avere accesso a materiali sterili per tatuaggi e piercing.

(h) Tutti i servizi di prevenzione/riduzione del danno devono essere adeguati alle necessità dei singoli detenuti

(i) Nelle carceri deve essere reso disponibile il naloxone per contrastare l'overdose di oppiacei.

---

## 2) TRATTAMENTO E CURA DELLA TOSSICODIPENDENZA BASATI SULL'EVIDENZA

(a) I detenuti devono avere accesso ai medesimi programmi di consulenza e cura della tossicodipendenza basati sull'evidenza che sono a disposizione della comunità.

---

(b) Per la durata della detenzione, i detenuti devono avere accesso, in ugual misura, in maniera semplice, gratuita, confidenziale ed ininterrotta alla terapia di sostituzione degli oppiacei (OST).

(c) L'OST deve essere resa disponibile su richiesta dei detenuti, gratuitamente, in maniera sensibile al genere, e congiuntamente al supporto e alle informazioni rilevanti.

(d) I detenuti devono essere coinvolti nello sviluppo dei propri piani terapeutici.

(e) Devono essere resi disponibili ai detenuti, su loro richiesta e in via confidenziale, sotto la supervisione di personale medico adeguatamente formato, programmi di disintossicazione.

(f) I detenuti che partecipano a programmi contro la tossicodipendenza devono avere accesso a consulenza e servizi di sostegno psico-sociale.

(g) I servizi sanitari carcerari devono fornire o, se necessario, facilitare l'accesso a, programmi di disintossicazione per tossicodipendenti ideati specificatamente per le donne.

(h) Deve essere istituita un sistema di referral e cooperazione tra servizi sanitari interni ed esterni al carcere in modo da garantire continuità nei trattamenti della tossicodipendenza tra carceri e giurisdizione correttiva, e il successivo rilascio.

---

### 3) TRATTAMENTO E CURA DELL'HIV

(a) A qualunque stadio di qualsivoglia malattia connessa all'HIV i detenuti hanno diritto a ricevere un adeguato trattamento medico e un supporto psico-sociale almeno pari a quello disponibile per gli altri membri della comunità.

(b) Il trattamento per l'HIV deve essere fornito dai servizi sanitari carcerari, applicando i medesimi criteri qualitativi, clinici e di accessibilità che nella più ampia comunità.

(c) Le Autorità devono assicurare che tutti i detenuti godano di un'informativa sui trattamenti e le terapie per contrastare l'HIV in modo che siano in grado di compiere una scelta consapevole circa le opzioni terapeutiche perseguibili ovvero rinunciare a qualsiasi terapia a loro discrezione.

(d) I trattamenti e la cura dell'HIV devono essere in grado di rispondere alle prerogative legate al

---

---

“genere”.

- (e) Le Autorità devono assicurare che la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento di STIs, TB epatiti ed altre infezioni siano ricomprese nell’ambito della cura all’HIV.
- (f) I Detenuti devono avere accesso ad esami diagnostici, trattamenti antiretrovirali, una dieta bilanciata, ad azioni di promozione della salute ed una adeguata gestione del dolore.
- (g) I detenuti devono avere accesso a efficaci, appropriate e compassionevoli cura palliative al pari di quelle a disposizione della più ampia comunità.
- (h) La terapia antiretrovirale deve essere somministrata ai detenuti in modo da ridurre la progressione della malattia, la sua trasmissione nonché l’incidenza di mortalità da questa causata.
- (i) La profilassi post-esposizione deve essere offerta, su base confidenziale ed entro 72 ore a tutti i detenuti nonché al personale penitenziario per esposizione alla trasmissione del virus HIV.
- (j) La profilassi antiretrovirale deve essere messa a disposizione alle detenute in stato interessante per prevenire il contagio madre-figlio.
- (k) Le medicine per il trattamento del virus HIV devono essere di buona qualità.
- (l) A tutti i detenuti che sono sottoposti al trattamento per il virus HIV deve essere fornito un supporto, intendendosi per tale anche supporto psicologico.
- (m) Dovrebbe essere garantita ai detenuti che abbiano contratto HIV e si trovino in uno stato avanzato della malattia la possibilità di essere rilasciati.
- (n) Tutti i costi relativi al trattamento ed alla cura dell’HIV dovrebbero essere sostenuti dallo Stato o dalle Autorità Carcerarie.
- (o) Dovrebbe essere predisposto un sistema di cooperazione implementati al fine di garantire la continuità della cura e del trattamento HIV tra istituti carcerari e giurisdizione correttiva nonché successivamente alla scarcerazione.



---

#### 4) TRATTAMENTO E CURA DELLA EPATITE C (HCV)

(a) Tutti i detenuti affetti da HCV devono essere sottoposti a controllo affinché sia valutata la presenza o la gravità dei danni al fegato e la necessità di un trattamento.

(b) Tutti i detenuti affetti da HCV devono essere vaccinati per l'epatite A e l'epatite B qualora non siano già vaccinati, al fine di prevenire una co-infezione.

(c) A tutti i detenuti affetti da HCV deve essere garantito il più aggiornato trattamento, basato sulle necessità provate.

(d) A tutti i detenuti affetti da HCV devono essere garantite informazioni sufficientemente accessibili sul trattamento dell'HCV e sulle possibili terapie, in modo da permetter loro di compiere una scelta informata in ordine alle opzioni di trattamento esistenti.

(e) Il trattamento e la cura dell'HCV devono essere in grado di rispondere alle prerogative legate al "genere".

(f) Tutti i costi associati al trattamento e alla cura dell'HCV devono essere a carico dello stato o delle autorità carcerarie.

(g) I farmaci necessari per il trattamento dell'HCV devono essere di buona qualità.

(h) Deve essere predisposto un attivo sistema di cooperazione tra servizi sanitari medici all'interno e all'esterno del carcere, implementati al fine di garantire la continuità della cura e del trattamento HCV tra istituti carcerari e giurisdizione correttiva nonché successivamente al rilascio.

---

#### 5) TRATTAMENTO E CURA DELLA TUBERCOLOSI (TB)

(a) Il trattamento per la TB deve essere avviato immediatamente non appena la TB sia rilevata, in modo tale da interromperne la trasmissione e prevenire la comparsa della resistenza ai farmaci.

(b) Il test di resistenza ai farmaci deve essere condotto agli inizi del trattamento per tutti i pazienti già in cura per TB.

---

- (c) Tutti i detenuti che si scopra essere affetti da TB devono essere posti in isolamento, nel rispetto dei diritti umani, in strutture opportunamente arieggiate durante il periodo di contagiosità.
- (d) Tutti i detenuti devono ricevere un adeguato trattamento, in linea con le linee guida previste a livello nazionale nell'ambito del programma per il trattamento e la cura della TB, ivi inclusi quei detenuti affetti da molteplici forme di TB resistenti ai farmaci e coinfezioni TB-HIV e devono poter usufruire di trattamenti di breve durata sotto sorveglianza diretta (DOTS) nonché una fornitura di farmaci di qualità garantita.
- (e) I detenuti affetti da molteplici forme di TB resistenti ai farmaci devono essere curati con speciali regimi terapeutici che contengano farmaci anti-tubercolotici di seconda linea.
- (f) Il trattamento e la cura della TB devono essere in grado di rispondere alle prerogative legate al "genere".
- (g) Il trattamento della TB deve essere amministrato sotto la diretta vigilanza dello staff medico, in linea con le linee guida del programma per la TB dettato a livello nazionale.
- (h) A tutti i detenuti sottoposti a trattamento per la TB devono essere offerti servizi di supporto, incluso il servizio di consultorio.
- (i) Test per l'HIV su base volontaria e un servizio di consultorio devono essere parte integrante della gestione ordinaria di tutti i pazienti affetti da TB.
- (j) Tutti i costi associati al trattamento e alla cura della TB devono essere a carico dello stato o delle autorità carcerarie.
- (k) A tutti i detenuti sottoposti a trattamento per la TB devono essere garantite informazioni in maniera sufficientemente accessibile sul trattamento della TB e sulle possibili terapie, in modo da permetter loro di compiere una scelta informata in ordine alle opzioni di trattamento esistenti e di rifiutare il trattamento, qualora optino per tale soluzione.
- (l) Deve essere predisposto un attivo sistema di cooperazione tra servizi sanitari medici all'interno e all'esterno del carcere, implementati al fine di garantire la continuità della cura e del trattamento TB tra istituti carcerari e giurisdizione correttiva nonché successivamente al rilascio.

---

## 6) MISURE SPECIFICHE

- (a) Politiche e linee guida sulle malattie infettive devono essere definite a livello nazionale.
  - (b) Le autorità competenti devono definire politiche o linee guida per la prevenzione, la cura e il trattamento di HIV, HCV e TB.
  - (c) Le autorità competenti devono predisporre per i detenuti una politica relativa alla droga che includa la riduzione del danno ed un trattamento basato sull'evidenza.
  - (d) Tutte le misure sanitarie, sia a livello nazionale sia a livello carcerario, devono essere basate sull'evidenza e sulla migliore prassi.
  - (e) Tutte le misure sanitarie adottate a livello carcerario devono essere adeguate alle necessità precise di quell'istituto carcerario.
  - (f) Le necessità specifiche di *key groups* maggiormente a rischio, inclusi donne, soggetti dipendenti da droghe per iniezione, lavoratori del sesso, devono essere tenute in considerazione nel predisporre le linee guida delle misure sanitarie da adottarsi nell'istituto carcerario.
  - (g) I rappresentanti del settore carcerario devono prender parte in maniera significativa allo sviluppo delle misure sanitarie e delle linee guida dell'istituto carcerario.
  - (h) I detenuti – attuali ed ex – o i loro rappresentanti devono prender parte attivamente allo sviluppo e alla implementazione di tutte le misure e le linee guida relative alla propria salute.
- 

## 7) RISORSE

- (a) Adeguate risorse finanziarie ed umane devono essere rese disponibili nell'ambito del sistema sanitario dell'istituto carcerario e indirizzate adeguatamente al trattamento di HIV, HCV e TB.
  - (b) Le autorità nazionali devono aumentare il budget previsto per gli stanziamenti finanziari a favore della salute negli istituti carcerari.
-

- (c) Fondi e risorse per interventi che dimostrino di prestare i propri servizi in base alle esigenze, quali i servizi di riduzione del danno, devono avere la priorità.

---

## 8) INTEGRAZIONE ED EQUIPOLLENZA

- (a) I servizi sanitari negli istituti carcerari devono essere organizzati in stretta relazione con l'amministrazione generale della salute pubblica a livello comunitario o nazionale.

- (b) Le misure sanitarie negli istituti carcerari devono essere integrate nelle e compatibilmente alle misure adottate a livello nazionale.

- (c) I servizi sanitari adottati negli istituti carcerari devono essere integrati nelle strutture sanitarie pubbliche e deve essere potenziata la collaborazione tra tali servizi apprestati nell'ambito degli istituti carcerari, i servizi sanitari pubblici, i servizi sociali, i servizi per tossicodipendenti e gli operatori sanitari.

- (d) I programmi nazionali in materia di HIV, HCV e TB devono prendere in considerazione la situazione dei detenuti nella parte relativa alla definizione degli stanziamenti finanziari.

- (e) Ai detenuti, durante il periodo di detenzione, devono essere garantiti standard di cura di livello almeno analogo a quelli assicurati nella più ampia comunità.

---

## 9) CONDIZIONI DETENTIVE

- (a) Tutti i detenuti devono ricevere cibo ad un orario normale, facendo in modo che siano rispettati, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, gli standard di una dieta sana e di igiene moderna, e che siano tenute in considerazione l'età, la salute, la natura del lavoro di ciascuno e, per quanto possibile, le esigenze religiose o le pratiche culturali.

- (b) Bere acqua deve essere permesso a tutti i detenuti in ogni momento.

- (c) I detenuti devono sempre avere accesso a luce naturale ed aria fresca (ventilazione) nei luoghi in cui

vivono e lavorano.

(d) Tutti i detenuti devono avere accesso a servizi igienici adeguati, e gli deve essere garantita la possibilità di mantenere un buon livello di igiene personale.

(e) Le temperature devono essere regolate in base al clima della stagione del luogo in cui i detenuti vivono, lavorano, e si lavano.

(f) Gli abiti e la biancheria da letto dei detenuti devono essere cambiati e lavati regolarmente, in modo che siano sempre puliti ed in buone condizioni.

(g) Nella cella, ogni detenuto ha diritto ad avere un letto ed un materasso esclusivamente per sé, oltre che a muoversi liberamente tra i mobili.

(h) Tutti i detenuti devono avere la possibilità di svolgere regolarmente attività fisica all'aperto.

(i) I detenuti e gli operatori penitenziari devono essere tutelati dalle discriminazioni per qualsivoglia ragione, inclusi sesso, genere, razza, etnia, orientamento sessuale e stato di salute.

---

## 10) CONTROLLI MEDICI

(a) Tutti i detenuti devono essere visitati da un operatore sanitario qualificato per valutarne lo stato di salute e le necessità mediche entro 24 ore dal loro arrivo in carcere.

(b) Gli esami medici iniziali devono essere sistematici, completi ed effettuati mediante i più avanzati metodi disponibili. Devono includere un esame fisico, uno *screening* per la TB, uno *screening* per individuare eventuali sintomi di astinenza da uso di droghe, medicinali o alcol, un test volontario, confidenziale e gratuito per HIV e HCV.

(c) Tutti gli esami devono essere accompagnati da tutte le informazioni rilevanti in merito all'oggetto di ogni esame/test, alla prevenzione delle malattie infettive, alle pratiche più sicure in materia di droga e sesso. Se per i test volontari è fornito il consenso libero ed informato, prima e dopo i test devono essere garantiti i servizi di consulenza adeguati.

(d) Tutti gli esami medici devono essere effettuati senza che ne sia permesso l'ascolto da parte degli operatori carcerari, e tutte le informazioni relative ai pazienti, inclusi i risultati degli esami, devono

---

---

essere protette dalla confidenzialità medica.

---

---

## 11) EDUCAZIONE ED INFORMAZIONE

(a) Al loro arrivo, i detenuti devono ricevere un *pamphlet* che li informi dell'esistenza e del funzionamento dei servizi sanitari.

(b) Tutte gli istituti carcerari devono istituire programmi educativi che includano l'educazione su uno stile di vita sano (nutrizione, esercizio fisico, fumo, comportamenti e pratiche più sicure) e la promozione della salute mentale.

(c) Un servizio sanitario carcerario deve assicurare che le informazioni che circolano tra i detenuti e il personale penitenziario relative a HIV, HCV e TB, tra cui le modalità di trasmissione e l'applicazione di misure preventive adeguate, siano accurate e non giudicanti.

(d) Le informazioni relative alla salute devono essere coordinate e conformi alle informazioni note nella più ampia comunità, e tutti i detenuti devono avere l'opportunità di discuterne con soggetti qualificati.

(e) I detenuti devono avere la possibilità di partecipare allo sviluppo dei programmi di educazione alla salute e dei relativi materiali.

(f) Tutti i materiali cartacei distribuiti ai detenuti devono essere adeguati per il livello di scolarizzazione della popolazione carceraria. Le informazioni devono essere fornite in un linguaggio ed in una forma di facile comprensione per i detenuti, e presentate in un formato chiaro ed accattivante.

(g) Ai detenuti che fanno uso di droghe devono essere fornite informazioni e sostegno per promuovere la riduzione del danno e facilitare il loro accesso ai servizi di riduzione del danno più appropriati.

(h) I contenuti ed i messaggi dei materiali educativi relativi a HIV, HCV e TB devono rispettare e tenere in considerazione le differenze di: sesso, genere, identità di genere, stato di salute, età, razza, etnia, cultura, religione, lingua, livello di scolarizzazione e orientamento sessuale.

(i) I programmi di educazione alla salute per i detenuti devono combattere la discriminazione di cui sono vittima i soggetti affetti da HIV, l'omofobia e ogni altro pregiudizio legato alle relazioni sessuali omosessuali, e le discriminazioni associate ai lavoratori del sesso e all'uso delle droghe.

---

- 
- (j) I detenuti e gli operatori penitenziari devono essere coinvolti nella diffusione di informazioni (educazione tra pari) sulle malattie infettive e sulla riduzione del danno.
- 

## 12) CONSENSO INFORMATO

(a) Ogni detenuto è libero di rifiutare il trattamento o qualunque altro intervento medico.

(b) I detenuti devono essere informati del loro diritto al rifiuto prima di ogni intervento medico.

(c) Per poter esprimere il proprio consenso informato, i detenuti devono ricevere tutte le informazioni relative ai benefici degli esami per la prevenzione di HIV, HCV e TB, all'oggetto di ogni esame o test, e ai servizi di controllo che saranno messi a disposizione in seguito.

(d) I detenuti devono ricevere tutte le informazioni rilevanti circa loro condizione fisica, al corso del trattamento e ai medicinali che gli vengano prescritti.

(e) I detenuti che rifiutano qualsivoglia intervento medico non devono essere sottoposti a misure disciplinari sanzionatorie, i.e. la segregazione.

## 13) CARTELLE CLINICHE

(a) Devono essere impostati dei formulari per la registrazione degli esami medici di tutti i detenuti. I formulari devono registrare il nome del detenuto, l'età e il numero di telefono cellulare; il nome del medico; la data, l'ora e il tipo di esame; l'anamnesi vaccinale e della malattia infettiva; informazioni diagnostiche.

(b) Tutte le cartelle cliniche devono essere conservate in maniera sicura per tutelare il diritto dei pazienti alla confidenzialità.

(c) Quando lo richiedano, i detenuti devono poter aver accesso a e/o ottenere una copia della propria cartella clinica. Solo il personale medico può avere accesso alle cartelle cliniche dei detenuti.

---

(d) Nel caso di trasferimento, le cartelle cliniche devono essere trasmesse ai medici dell'istituto verso il quale ha luogo il trasferimento.

(e) Al rilascio, le cartelle cliniche dei detenuti devono essere trasmesse al medico di base che sarà da questi indicato.

(f) Devono essere previsti dei protocolli a tutela dello scambio sicuro di informazioni tra i provider di servizi fuori e dentro le carceri.

---

---

#### 14) MEDICINALI

(a) I detenuti hanno diritto ad una regolare ed ininterrotta fornitura di tutti medicinali essenziali necessari ai fini dei trattamenti a cui sono sottoposti.

(b) I detenuti devono avere accesso a tutti i medicinali inclusi nella lista OMS dei medicinali essenziali, ivi inclusi metadone, naloxone, buprenorfina e antiretrovirali.

(c) Devono essere presenti operatori qualificati che si assicurino che i detenuti assumano i medicinali che gli siano state prescritte nelle dosi corrette a intervalli regolari.

(d) Solo il personale medico qualificato può rilasciare medicinali.

(e) Le autorità statali o carcerarie devono coprire per intero i costi di qualsivoglia medicinale.

(f) Tutti i medicinali devono essere di buona qualità, conservati in luoghi adeguati a tal fine ed alla temperatura adeguata.

---

---

#### 15) TRATTAMENTO GENERALE E CURA

(a) I detenuti hanno diritto a ricevere le medesime cure, il medesimo trattamento e supporto, in termini di qualità, offerte ai soggetti non detenuti.

---



---

(b) Tutti i detenuti hanno diritto ad entrare in contatto con un operatore sanitario in qualsiasi momento, qualunque sia il loro stato detentivo.

(c) Le richieste da parte dei detenuti di consultare un medico devono essere soddisfatte nel più breve tempo possibile.

(d) Le richieste da parte dei detenuti di essere visitati da un operatore sanitario dello stesso sesso devono essere rispettate.

(e) I detenuti che necessitino esami diagnostici e/o trattamento ospedaliero devono essere immediatamente trasferiti nelle strutture sanitarie adeguate.

(f) I detenuti hanno diritto ad essere coinvolti nella programmazione delle cure e dei trattamenti che li riguardano.

(g) Le donne hanno diritto a ricevere lo stesso livello di cura e trattamento degli uomini.

(h) Servizi sanitari sensibili al genere devono essere resi disponibili ai detenuti che li necessitano nel rispetto di standard almeno equivalenti a quelli dei medesimi servizi offerti alla più ampia comunità.

---

## 16) PERSONALE PENITENZIARIO (SANITARIO E DI CUSTODIA)

(a) Il personale penitenziario, durante il periodo iniziale di formazione e, poi, a intervalli regolari, deve avere accesso a tutte le informazioni relative alla prevenzione di HIV, HCV e TB.

(b) Le autorità nazionali devono organizzare corsi di formazione specializzanti per il personale sanitario del carcere, nei quali si discuta di malattie trasmissibili, riduzione del danno, epidemiologia, igiene, etica medica e diritti umani, ivi inclusi il diritto alla salute e ad essere liberi dai maltrattamenti.

(c) Le autorità penitenziarie devono supportare la formazione del personale sanitario attribuendo una qualificazione riconosciuta ai soggetti responsabili della prevenzione e della riduzione dei rischi per la salute connessi all'uso delle droghe.

(d) I detenuti devono essere trattati da personale che riceva formazione regolare e continua, supervisione e supporto ai fini del mantenimento della loro registrazione professionale, e che

---

---

continuino il loro aggiornamento professionale. I requisiti del personale devono essere verificati regolarmente.

- (e) L'intero personale sanitario del carcere deve ricevere una formazione sensibile al genere.
  - (f) Il personale sanitario deve essere integrato nel servizio sanitario pubblico, e pertanto avere il relativo accesso a beni, servizi, informazioni e formazione.
  - (g) Il personale sanitario deve essere indipendente dal sistema penitenziario.
  - (h) Le ore di lavoro del personale sanitario devono essere adeguate alle necessità del carcere.
  - (i) Gli operatori sanitari devono essere in servizio giorno e notte e nei fine settimana.
  - (j) Il personale sanitario deve ricevere un salario e dei benefici che siano competitivi, oltre ad avere il diritto a un sano equilibrio tra la vita privata e lavorativa.
- 

## 17) MONITORAGGIO

- (a) Le autorità devono istituire meccanismi di supervisione, controllo e ispezione delle amministrazioni penitenziarie, anche in relazione alla salute.
  - (b) Deve essere istituito un sistema di raccolta sistematica di dati sanitari che raccolga, tra gli altri, dati disaggregati relativi a HIV, HCV e TB nelle carceri.
  - (c) Per tutti gli interventi connessi a HIV, HCV, TB e riduzione del danno, devono essere sviluppati indicatori e criteri che permettano di valutare il rispetto dei, o il progresso verso, i diritti umani e gli standard di sanità pubblica.
  - (d) L'attuazione di qualunque forma di intervento relativo a HIV, HCV e TB deve essere accompagnata da studi precisi che ne monitorino i progressi e ne valutino l'efficacia, sempre tenendo in considerazione il consenso informato, la confidenzialità, il rispetto dei diritti umani, le prove disponibili e l'integrità scientifica.
  - (e) Un elemento valutativo della sanità dovrebbe essere la disaggregazione sulla base di elementi che
-

portino ad illecite discriminazioni per individuare particolari disparità nel livello di soddisfacimento del diritto alla salute e per assicurare interventi mirati adeguati.

(f) Devono essere adottate tutte le misure necessarie perché nella raccolta dei dati inavvertitamente non si verifichino violazioni dei diritti umani, i.e. discriminazione o violazione della confidenzialità e del consenso.

(g) I detenuti devono partecipare nel monitoraggio e nella valutazione di tutti gli interventi relativi a problematiche sanitarie.

---

## 18) ANALISI

(a) Devono essere presenti degli strumenti che, in modo facilmente accessibile e confidenziale, permettano ai detenuti di effettuare osservazioni/reclami in relazione alle loro condizioni carcerarie, all'assistenza e alle cure sanitarie, e devono anche essere presenti meccanismi di supporto per coloro che necessitano assistenza a tali fini.

(b) I responsi ai reclami relativi a questioni sanitarie devono essere rapidi, di facile comprensione, gestiti da un operatore sanitario professionale e devono riguardare direttamente le problematiche evidenziate dal detenuto.

(c) I detenuti che effettuano osservazioni/reclami in relazione a membri del personale sanitario od altri detenuti non devono essere discriminati e devono essere protetti da possibili recriminazioni.

---

## 19) TUTELE

(a) Devono essere potenziati meccanismi ed istituzioni perché garantiscano tutela ai detenuti in caso siano violati il loro diritto alla salute o altri diritti.

## Monitoraggio dell'HIV, HCV, TB ed della riduzione del danno nelle carceri

Il passaggio dalla definizione degli standard alla effettiva implementazione ed operatività degli stessi è spesso lungo e difficoltoso. Le carceri sono raramente oggetto di attenzione o preoccupazione pubblica, non solo perché sono sistemi chiusi, che ne rendendo difficile il controllo da parte della società esterna, ma anche perché ospitano individui e gruppi che tendono ad essere stigmatizzati dal resto della società stessa. La mancanza di attenzione del pubblico rispetto ai problemi delle carceri rende molto facile per i governi ignorare i loro obblighi, anche se in palese violazione dei diritti dei detenuti<sup>80</sup>. Questo è il motivo per cui l'attività degli organismi di controllo indipendenti delle carceri, come ad esempio il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti inumani o degradanti (CPT) e il Sottocomitato delle Nazioni Unite per la prevenzione della tortura e di altri trattamenti inumani e degradanti (SPT), e i Meccanismi Nazionali di Prevenzione (NPM) è di fondamentale importanza. In forza di un ampio mandato per prevenire la tortura ed i maltrattamenti<sup>81</sup>, e con un accesso illimitato a persone e informazioni, il CPT, l'SPT ed NPM possono visitare i luoghi di detenzione in tutto il mondo ed esaminare se le condizioni di detenzione sono conformi rispetto agli standard minimi. Il ruolo di questi organismi di controllo è di fondamentale importanza nell'ambito dei problemi legati all'HIV, all'HCV, alla tubercolosi ed alla riduzione del danno. I paragrafi che seguono analizzano le aree di attività ed i mandati conferiti al CPT ed all'SPT, in particolare in relazione alle problematiche dell'HIV, dell'HCV, della tubercolosi e della riduzione del danno nelle carceri, per valutare il grado in cui possono e prendono più o meno in considerazione le questioni relative a questi temi nel loro lavoro, nonché l'importante ruolo che possono e devono svolgere per migliorare la salute dei detenuti nel corso delle loro attività. Per una valutazione del lavoro degli organi di controllo nazionali si rimanda alle relazioni prodotte dai nostri partner nazionali nell'ambito di questo progetto\*.

### Il CPT e SPT: mandato e metodologie di lavoro

Il CPT è stato istituito dalla Convenzione europea per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti, entrata in vigore nel 1989, che da allora è stata ratificata da tutti i 47 Stati membri del Consiglio d'Europa. Non è un organo investigativo, ma piuttosto *"fornisce uno strumento non giudiziario di prevenzione per proteggere le persone private della libertà contro la tortura e le altre forme di maltrattamento"* in Europa<sup>82</sup>. Il mandato del CPT è definito all'articolo 1 della Convenzione, che prevede che *"il comitato, per mezzo di visite, esamina il trattamento delle persone private della loro libertà, al fine di rafforzare, se necessario, la protezione di tali persone dalla tortura e da pene e trattamenti inumani e degradanti"*<sup>83</sup>.

Il Comitato è attualmente composto da 47 membri, uno per ogni Stato che ha ratificato la Convenzione. Ogni membro è eletto da parte del Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa, e ricopre il suo incarico per un periodo di quattro anni con la possibilità di essere rieletto solo una volta<sup>84</sup>.

La Convenzione prevede che i membri devono essere scelti *"tra persone di alta moralità"* e *"devono essere conosciuti per la loro competenza nel campo dei diritti umani o devono essere in possesso di esperienza professionale nelle materie oggetto della convenzione"*<sup>85</sup>. Tra i membri, che sono indipendenti ed imparziali,

<sup>80</sup> Mariner J and Schleifer R (2013) *The right to health in prison' Advancing the Human Right to Health*. Zuniga J M et al (eds). Oxford: Oxford University Press.

<sup>81</sup> Hajek, Z (2009) *New Partnerships for Torture Prevention in Europe*. CPT Conference Presentation, p 59.

<sup>82</sup> See the European Committee for the Prevention of Torture's website:  
<http://www.cpt.coe.int/en/about.htm> (date of last access 29 January 2016).

<sup>83</sup> European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1987), article 1.

<sup>84</sup> Ibid., article 5(3).

<sup>85</sup> Ibid., article 4(2)

\*Questi report sono disponibili sul sito di Harm Reduction International.

devono figurare esperti che abbiano *background* differenti, tra cui medici, avvocati, professionisti dei diritti umani, e specialisti in materia penitenziaria o di polizia.

Il CPT implementa la sua funzione preventiva attraverso visite periodiche e *ad hoc* nelle carceri o altri luoghi di detenzione. Gode, inoltre, di un accesso illimitato a tutte i luoghi di detenzione, così come a tutte le informazioni e documenti ritenuti utili ai fini delle sue attività, e gode del diritto di poter condurre colloqui privati con i detenuti e di poter comunicare liberamente con chiunque sia in grado di fornire informazioni rilevanti, tra cui avvocati e medici. Le delegazioni che si occupano di effettuare visite o missioni sono composte da due a cinque membri e sono strutturate in modo da garantire un equilibrio di genere<sup>86</sup>. Il Comitato può anche essere assistito da esperti, tra cui medici esperti, per fornire competenze specifiche, oltre a quelle dei membri del Comitato. Nella pratica, gli esperti hanno accompagnato quasi tutte le missioni del CPT, e ci sono stati, in media, due esperti per ogni delegazione<sup>87</sup>. Le visite sono tipicamente volte all'esame di poche questioni sostanziali, tra cui il trattamento dei detenuti, le condizioni di detenzione, ed i servizi a tutela della salute. Nel suo terzo Rapporto Generale, il CPT ha esplicitamente affermato che "*i servizi a tutela della salute per le persone in stato di detenzione sono un argomento di primaria rilevanza in considerazione del mandato del CPT*"<sup>88</sup>. Il CPT quando provvede ad analizzare i servizi posti a tutela della salute nelle carceri, generalmente tiene in considerazione i seguenti elementi: possibilità di accesso ad un medico, l'equivalenza nelle cure rispetto all'esterno, tutela del consenso e della riservatezza, servizi per la prevenzione, approccio umano, così come indipendenza professionale e competenza<sup>89</sup>.

Tutte le visite del CPT sono seguite da una analisi dei problemi incontrati e dall'emanazione di raccomandazioni in ottica risolutiva, che viene poi rappresentata in un rapporto. Sebbene queste raccomandazioni non siano giuridicamente vincolanti, gli Stati, ai sensi dei principi di cooperazione, sono tenuti a prenderle seriamente in considerazione e cercare di implementarle concretamente per quanto possibile. Gli Stati membri sono inoltre tenuti a rispondere formalmente alla relazione del Comitato. Inoltre, sei mesi dopo aver ricevuto il rapporto, lo Stato interessato deve generalmente presentare una relazione intermedia, ed entro un anno deve inviare un *follow-up report* in merito alle misure adottate per l'attuazione delle raccomandazioni. In questo modo viene stabilito un dialogo continuo tra il Comitato e le autorità nazionali con l'obiettivo di migliorare le condizioni di detenzione ed allo stesso modo il trattamento delle persone private della libertà<sup>90</sup>.

L'SPT ha iniziato ad operare nel febbraio 2007, essendo stato istituito con il Protocollo Opzionale alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la tortura (OPCAT), entrato in vigore nel 2006 e, a gennaio 2016, è stato ratificato da 80 paesi. Come il CPT, non è un organo investigativo, ma è piuttosto "*incentrato su approccio innovativo, sostenibile e proattivo alla prevenzione di torture e maltrattamenti*"<sup>91</sup>. Come il CPT, ha il compito di svolgere regolari visite ai luoghi di detenzione e fare raccomandazioni agli Stati concernenti la tutela delle persone private della libertà in contrasto alla tortura ed ai maltrattamenti<sup>92</sup>. Tuttavia, a differenza del CPT, ha anche un'altra importante funzione, che è quella di fornire assistenza agli Stati membri in merito alla creazione di Meccanismi Nazionali di Prevenzione (NPM), come previsto dall'OPCAT,

---

<sup>86</sup> Bernath B (1999) *The CPT: History, Mandate and Composition*. Geneva: The Association for the Prevention of Torture, Brochure No. 3, p 41

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> 3<sup>rd</sup> General Report, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (1992) par. 30.

<sup>89</sup> Ibid., par. 32.

<sup>90</sup> Si veda: CPT's website; and Bernath B (1999) *The CPT: History, Mandate and Composition*. Geneva: The Association for the Prevention of Torture, Brochure No. 3.

<sup>91</sup> Si veda: the UN Office of the High Commissioner for Human Rights webpage on the SPT:

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIntro.aspx> (date of last access 29 January 2016)

<sup>92</sup> Optional Protocol to the Convention Against Torture and other Cruel Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (22 June 2006) article 11. 1(a).

oltre a fornire consigli e assistenza sia rispetto ai NPM e agli Stati membri per quanto riguarda il funzionamento dei NPM. Inoltre, l'SPT deve cooperare, per la prevenzione della tortura in generale, con i competenti organi dell'ONU, nonché con le istituzioni ed organizzazioni internazionali, nazionali e regionali<sup>93</sup>.

L'SPT è attualmente composto da 25 esperti indipendenti ed imparziali provenienti da varie regioni del mondo, che sono eletti dagli Stati membri dell'OPCAT per un periodo di quattro anni, con la possibilità di essere rieletti una sola volta. Come il CPT, i membri provengono da un ampio *background* di esperienze professionali, ossia medici, giuristi ed esperti in diritti umani.

Similmente al CPT, l'SPT visita i luoghi di detenzione al fine di esaminare se le condizioni di detenzione siano o meno conformi alle agli standard minimi, nazionali ed internazionali. Ha accesso illimitato a tutti i luoghi di detenzione, le loro pertinenze e strutture ed a tutte le informazioni rilevanti. Essi possono anche intervistare in privato persone che si trovano in stato di detenzione e ogni altra persona che potrebbe essere in grado di fornire informazioni rilevanti. Tutte le visite sono condotte da almeno due membri della SPT, accompagnati, se necessario, da esperti con esperienza professionale e conoscenze pertinente rispetto alla visita che è stata programmata. Nelle linee guida dell'SPT, si precisa che la delegazione dovrà essere composta da almeno un avvocato ed un medico<sup>94</sup>.

L'SPT, durante tutte le sue visite svolte fino ad oggi, ha esaminato le questioni relative allo stato di salute dei detenuti e alle loro condizioni di detenzione. Dopo ogni visita, viene redatto un rapporto e vengono formulate delle raccomandazioni per fornire strumenti agli Stati membri per migliorare le condizioni e garantire la protezione contro la tortura ed i maltrattamenti. Anche in questo caso, le raccomandazioni non sono giuridicamente vincolanti, ma gli Stati sono tenuti a curare la loro implementazione non appena possibile. In alcuni casi, l'SPT effettua delle visite di *follow-up* per verificare i progressi compiuti in relazione alla raccomandazioni emanate.

Nel complesso, sia il CPT e SPT hanno dimostrato che la salute dei detenuti è una priorità. Non solo ogni organismo è composto da medici esperti ed esamina le questioni relative alla salute dei detenuti e degli elementi che possono influenzare le loro condizioni di salute, ma entrambi hanno anche istituito gruppi di lavoro *ad hoc* in relazione a particolari problematiche mediche. Ciò considerato, rientra sicuramente entro il mandato e la professionalità sia del CPT che dell'SPT analizzare le questioni relative all'HIV, all'HCV, alla TB, alla riduzione del danno ed ai maltrattamenti nei luoghi di detenzione.

Nel paragrafo che segue si analizzeranno le attività effettivamente svolte da questi organismi, la coerenza delle loro raccomandazioni e gli standard promossi in relazione a questi problemi oltre al il ruolo che entrambi gli organismi potrebbero svolgere nella promozione della salute dei detenuti e dei diritti umani, concentrando di più i loro sforzi in relazione ai problemi dell'HIV, dell'HCV, della TB e della riduzione del danno.

#### [Attività di monitoraggio del CPT e dell'SPT nel contesto delle patologie dell'HIV, dell'HCV, della TB e nell'ambito della riduzione del danno.](#)

Il CPT e l'SPT hanno mandati e metodi di lavoro simili, che consentono loro di attribuire priorità alla salute dei detenuti nello svolgimento delle loro attività. I due organismi hanno, tuttavia, un approccio differente rispetto alle problematiche dell'HIV, dell'HCV, della TB e della riduzione del danno nei luoghi di detenzione.

---

<sup>93</sup> Ibid., article 11. 1) b)

<sup>94</sup> Guidelines of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in relation to visits to States parties, UN Subcommittee on the Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (20-24 February 2012) UN Doc No. CAT/OP/13/4, par. 6.

Sebbene entrambi gli organismi abbiano identificato la trasmissione di queste malattie come un problema grave che affligge le carceri, il CPT ha dedicato molta più attenzione al problema dell'HIV, dell'HCV, della TB e della riduzione del danno in entrambi gli standard che ha sviluppato negli anni, così come nelle proprie raccomandazioni. Questo è certamente dovuto, in parte, al fatto che è attivo da un periodo di tempo più lungo, ed ha realizzato molte più visite e ha un mandato più specifico rispetto a queste tematiche. Tuttavia, entrambi gli organismi potrebbero fare di più per contribuire alla prevenzione dei maltrattamenti che in qualche modo sono collegati alle malattie dell'HIV, dell'HCV, della TB e al tema della riduzione del danno.

Il CPT ha esplicitamente riconosciuto che la trasmissione dei virus HIV, HCV e TB è un grave problema in alcuni sistemi carcerari<sup>95</sup>. In diverse occasioni, ha espresso serie preoccupazioni circa l'inadeguatezza delle misure adottate per affrontare questo problema, così come le condizioni in cui si trovano i detenuti, che il Comitato ha *"trovato essere tale per cui può essere solo favorita la diffusione di queste malattie"*<sup>96</sup>. Alla luce di questi risultati e attingendo a standard regionali ed internazionali già esistenti, il CPT ha sviluppato diversi standard propri, alcuni dei quali specificamente volti ad affrontare l'HIV, HCV, e la TB. Ad esempio, si è affermato che, indipendentemente dalle difficoltà economiche *"l'atto di privare un persona della propria libertà comporta sempre un dovere di cura che richiede metodi efficaci di la prevenzione, screening e trattamento"*<sup>97</sup>. Ha spiegato che, *"l'uso di metodi up-to-date per lo screening, la fornitura regolare di farmaci e dei relativi materiali, la disponibilità di personale per garantire che i detenuti prendano i farmaci prescritti in dosi giuste ed a intervalli regolari, e se del caso la previsione di diete adeguate, costituiscono elementi essenziali di una strategia efficace per combattere [HIV, HCV, e TB] e per fornire adeguate cure ai detenuti"*<sup>98</sup>.

Al fine di dissipare i pregiudizi che circondano queste malattie, il CPT ha reso chiaro che le autorità nazionali sono inoltre obbligate ad assicurare che vi sia una programma educativo rispetto a queste tematiche, in particolare per l'HIV, l'HCV e la TB, sia per i detenuti che per il personale delle carceri che si trova a stretto contatto con detenuti che sono colpiti da queste patologie<sup>99</sup>. Il CPT ha anche affermato che informazioni appropriate e servizi di consulenza dovrebbero essere forniti prima e, in caso di esito positivo, dopo qualsiasi test di *screening*, e che la non discriminazione, la riservatezza e il consenso informato devono sempre essere promossi e rispettati<sup>100</sup>. Per quanto riguarda i fattori che possono incidere sulla salute, il CPT ha dichiarato che le condizioni di alloggio per i detenuti con malattie trasmissibili devono essere funzionalizzati al miglioramento della loro salute, e le autorità devono garantire la penetrazione di luce naturale, una buona ventilazione, igiene soddisfacente e l'assenza di sovraffollamento. Al fine di garantire che l'HIV, l'HCV e la TB siano effettivamente sotto controllo, tutti coloro che lavorano in questo campo devono coordinare i loro sforzi nel miglior modo possibile. A questo proposito, il CPT ha sottolineato che, dopo il rilascio dal carcere, la prosecuzione del trattamento deve essere garantita<sup>101</sup>. Queste e altre norme più in generale legate alla salute, come la possibilità di accedere ad un medico in qualsiasi momento, sono richiamate in tutti i rapporti del CPT.

Il CPT ha anche fatto una serie di raccomandazioni per quanto riguarda le politiche di droga ed la questione della riduzione del danno nelle carceri, che hanno un notevole impatto sulla prevenzione di HIV e HCV. Nel 2002, ha redatto un elenco di questioni da esaminare al momento di valutare le modalità per il trattamento

---

<sup>95</sup> 11th General Report, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (2001) par. 31.

<sup>96</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Ibid.

<sup>98</sup> Ibid.

<sup>99</sup> See: CPT Standards, Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2013) CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev 2013, par. 54; and 11<sup>th</sup> General Report, CPT (2001).

<sup>100</sup> See: CPT Standards, Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2013) CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev 2013, par. 55; and 11<sup>th</sup> General Report, CPT (2001).

<sup>101</sup> Ibid.

dei tossicodipendenti detenuti nelle carceri, che comprende considerazioni circa la disponibilità e l'accessibilità ai servizi volti alla riduzione del danno la continuità di cure<sup>102</sup>. In molte occasioni ha invitato le autorità a elaborare una strategia globale per la fornitura di assistenza ai detenuti con "*problemi legati alla droga*" e di istituire una strategia di riduzione dei possibili danni<sup>103</sup>.

Dopo aver visitato le strutture di detenzione in Irlanda, il CPT ha raccomandato che "*tutti i detenuti che si trovavano a seguire un programma di riabilitazione basato sull'assunzione di metadone nel momento in cui sono entrati in carcere dovrebbero essere messi in condizione di continuare tale programma durante la detenzione come parte di un programma di riabilitazione*" e che "*ai detenuti sottoposti a sospensione del farmaco dovrebbe essere fornito il supporto necessario per alleviare le loro sofferenze*"<sup>104</sup>. Facendo seguito a tale raccomandazione quattro anni dopo, il CPT ha osservato che in un carcere oggetto di visita, "*il medico del carcere ... ha rifiutato di fornire un trattamento con metadone e che la somministrazione del farmaco solo due volte settimana è risultata inadeguata*" ed ha raccomandato che le autorità adottassero le misure necessarie per porre rimedio a queste mancanze<sup>105</sup>. Il CPT ha anche sottolineato che la gestione dei detenuti che hanno fatto uso di droghe deve essere flessibile – combinando programmi di disintossicazione, terapia sostitutiva, sostegno psicologico, programmi socio-educativi e riabilitazione<sup>106</sup>. È stata data anche attenzione all'importanza di fornire una formazione specifica sui problemi legati alla droga a tutti coloro che prestano assistenza sanitaria ed allo staff del carcere<sup>107</sup>.

A differenza della particolare attenzione del CPT rispetto ai problemi connessi all'HIV, all'HCV ed alla TB ed ad altre criticità che possono aumentare il rischio della loro trasmissione, l'SPT non ha ancora rivolto la sua attenzione a queste tematiche in modo esaustivo. Quando si considerano le questioni di assistenza sanitaria, l'SPT ha avuto la tendenza a concentrarsi sugli esami medici in fase di entrata dei detenuti in carcere, sulle condizioni di detenzione (compreso il cibo, servizi igienici, acqua potabile ed igiene), sul costo di servizi e farmaci, sulla disponibilità e sulla formazione dei medici, sull'assistenza specialistica per le donne, per le donne in gravidanza e per bambini, e sul segreto medico. Sebbene questi aspetti sono importanti e riguardino anche il controllo delle patologie dell'HIV, dell'HCV e della TB, il *focus* specifico su queste malattie è stato minimo.

L'SPT ha dichiarato che gli esami medici nella fase di ammissione in carcere dei detenuti sono estremamente importanti, in primo luogo, a salvaguardia di potenziali maltrattamenti, ma anche perché "*forniscono una buona occasione per valutare lo stato di salute e i bisogni medici dei detenuti, per effettuare controlli volontari e per offrire consulenza sulle malattie sessualmente trasmissibili così come per fornire le informazioni sulla prevenzione di tali malattie e altre malattie infettive o della tossicodipendenza*"<sup>108</sup>. Rispetto alla patologia dell'HIV, l'SPT ha raccomandato che a tutti i prigionieri sia data la possibilità di effettuare un test, libero e volontario, per l'HIV, che dovrebbe essere riservato,

---

<sup>102</sup> Drugs in Prisons: Draft list of issues to be examined when evaluating arrangements for the treatment of drug users detained in prisons, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (14 October 2002).

<sup>103</sup> Si veda: European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment's reports: Greece (2013), par. 129; Montenegro (2013), par. 67; Estonia (2012), par. 87; Lithuania (2012), par. 71; Greenland (2012), par. 33; Serbia (2011), par. 71; and Greece (2011), par. 75

<sup>104</sup> Ireland Report, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (2010), par. 74-78.

<sup>105</sup> Ireland Report, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (2010), par. 57.

<sup>106</sup> Si veda, the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment's reports: Macedonia (2011), par. 44; and Poland (2013), par. 81.

<sup>107</sup> Lithuania Report, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (2012), par. 71

<sup>108</sup> Report on the visit to the Republic of Paraguay, UN Subcommittee on Prevention of Torture (7 June 2010) UN Doc No. CAT/PP/PRY/1, par. 171.



accompagnato da consigli e che dovrebbe essere effettuato solo con il consenso informato dei detenuti<sup>109</sup>. Rispetto alla patologia della TB, l'SPT ha raccomandato che tutti i detenuti dovrebbero avere l'opportunità di essere sottoposti ai raggi X per la tubercolosi utilizzando unità a raggi X mobili e che il trattamento debba essere intrapreso per i detenuti che hanno ottenuto un risultato positivo al test<sup>110</sup>. Facendo eco al CPT, l'SPT ha inoltre raccomandato che le autorità statali debbano implementare corsi specialistici su, tra le altre cose, le malattie trasmissibili anche per i medici che forniscono servizio nelle carceri<sup>111</sup>. Dopo la sua visita alle Maldive, l'SPT ha osservato che poiché la maggior parte dei detenuti sono stati condannati per reati legati alla droga, le autorità dovrebbero introdurre programmi per il trattamento e la riabilitazione per "l'abuso di droghe"<sup>112</sup>. Oltre a questi esempi, vi è raramente un'attenzione per l'HIV, l'HCV e la TB o le questioni relative al consumo di droga o le misure di riduzione del danno nelle carceri. Ed è importante osservare che mentre il CPT si riferisce a numerosi documenti relativi a diritti umani ed in materia di salute pubblica nei propri report sulle condizioni di salute, l'SPT si riferisce alle regole standard minime per il trattamento dei detenuti, che sono cruciali, ma tutt'altro che complete, specialmente nell'ambito di patologie come l'HIV, l'HCV, la TBC, e le misure di riduzione del danno.

È importante ricordare che, mentre l'SPT ha il mandato e le competenze professionali per monitorare le patologie dell'HIV, dell'HCV, della TB e delle misure di riduzione del danno nelle carceri, il suo lavoro è fortemente influenzato da una carenza sia di risorse umane che finanziarie, che inibisce il compimento del suo mandato<sup>113</sup>. Nel 2012, ad esempio, l'SPT era solo in grado di svolgere due visite pur avendo 65 Stati Membri. Questo fa sì che ciascun paese sia visitato ogni venti anni, che, secondo l'SPT "non è compatibile con lo spirito di condurre visite regolari e on going"<sup>114</sup>. Questa mancanza di risorse, sia finanziarie che umane, dovrà essere affrontata in modo che l'SPT possa essere in grado di adempiere efficacemente al suo mandato, anche rispetto alle patologie dell'HIV, dell'HCV, della TB e in relazione alle misure di riduzione del danno.

---

<sup>109</sup> Ibid., par. 180.

<sup>110</sup> Ibid., par. 179.

<sup>111</sup> Report on the visit to Mexico, UN Subcommittee on Prevention of Torture (21 May 2010) UN Doc No. CAT/OP/MEX/1, par. 173

<sup>112</sup> Report on the visit to the Maldives, UN Subcommittee on Prevention of Torture (26 February 2009) UN Doc No. CAT/OP/MDV/1, par. 235.

<sup>113</sup> 7<sup>th</sup> Annual Report, UN Subcommittee on Prevention of Torture (20 March 2014) UN Doc No. CAT/C/52/2, par. 104.

<sup>114</sup> 6<sup>th</sup> Annual Report, UN Subcommittee on Prevention of Torture (23 April 2013) UN Doc No. CAT/C/50/1, par. 102.

## Conclusioni e Raccomandazioni

I detenuti mantengono i loro diritti umani durante la detenzione, compreso il loro diritto alla salute. Vi è un enorme divario, tuttavia, tra l'idea di salute pubblicamente condivisa e standard sui diritti umani, e l'effettiva applicazione degli stessi nei luoghi di detenzione. Le statistiche rivelano alti tassi di persone affette da patologie come l'HIV, l'HCV e la TB, all'interno delle carceri, rispetto a quelli dei cittadini liberi<sup>89+</sup>. Nonostante la loro maggiore vulnerabilità, i detenuti hanno molte meno probabilità di avere accesso ad un'adeguata prevenzione, cura e trattamento di queste malattie. Inoltre, i detenuti si trovano spesso in condizioni precarie che favoriscono la trasmissione di tali malattie.

Come questo rapporto ha dimostrato, il diritto alla salute ed il diritto a non subire maltrattamenti sono sempre più riconosciuti come interconnessi e indivisibili dalle Nazioni Unite, dai tribunali e dagli organismi di monitoraggio delle carceri, soprattutto in contesti detentivi. Infatti, come l'ex relatore speciale sul diritto alla salute ha osservato, *"la promozione e la protezione del diritto alla salute ... rafforza la prevenzione dalla tortura e dai maltrattamenti, mentre il divieto di torture ... rafforza la realizzazione del diritto alla salute"*<sup>115</sup>. Con un ampio mandato ed un accesso illimitato a tutti i luoghi di detenzione, gli organismi di monitoraggio quali il CPT e l'SPT, così come i Meccanismi Nazionali di Prevenzione, sono nella posizione per aiutare a prevenire maltrattamenti e per promuovere e proteggere il diritto alla salute dei detenuti.

Nel complesso, il CPT e l'SPT hanno sia il mandato che l'esperienza necessaria per monitorare le problematiche connesse ai virus HIV, HCV, e la TB e a monitorare le misure di riduzione del danno nelle carceri. In pratica, sebbene iniziative concrete siano state adottate per adempiere a tale parte del loro mandato, soprattutto per quanto riguarda il CPT, che ha più risorse, capacità e ed esperienza, potrebbe comunque esserci un maggiore impegno da parte entrambi gli organismi per rafforzare la protezione dei detenuti da maltrattamenti in questo particolare contesto.

### Raccomandazioni per il CPT e SPT

**1. Garantire la coerenza quando si definiscono regole e norme all'interno delle raccomandazioni per quanto riguarda le patologie dell'HIV, dell'HCV, della TB ed in relazione alle misure di riduzione del danno.** Potrebbe essere fatto di più per garantire la coesione tra il CPT e SPT per quanto riguarda le raccomandazioni concernenti le patologie dell'HIV, dell'HCV, della tubercolosi ed in relazione alle misure di riduzione del danno nelle carceri. L'SPT riprende molte delle raccomandazioni del CPT nel contesto della salute in generale, ma, come già discusso, l'SPT potrebbe seguire l'esempio del CPT e concentrare di più la sua attenzione sulle questioni relative all'HIV, all'HCV, alla TB e alle misure di riduzione del danno. Il CPT e l'SPT dovrebbero consultarsi e cooperare per promuovere i propri obiettivi in modo efficace, come stabilito dall'OPCAT<sup>116</sup>.

**2. Intraprendere visite mirate in relazione alle patologie dell'HIV, dell'HCV, della TB e in relazione alle misure di riduzione del danno nelle carceri.** Visite mirate volte ad esaminare questi problemi in profondità sarebbero uno dei modi più efficaci per l'adozione di un approccio sistematico e globale al monitoraggio dell'HIV, dell'HCV, della TB e in relazione alle misure di riduzione del danno nelle carceri. Secondo il CPT "c'è una visione generalmente condivisa nell'ambito del Comitato secondo cui si deve cercare di dare maggiore

<sup>115</sup> Grover A and Gaziyev J (2013) *A Contribution by the Special Rapporteur on the Right to Health: Right to Health and Freedom from Torture and Ill-Treatment in Healthcare Settings - Torture in Healthcare Settings: Reaction on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Washington, DC: Centre for Human Rights and Humanitarian Law Anti Torture Initiative, p 6. Available at: [http://antitorture.org/wpcontent/uploads/2014/03/PDF\\_Torture\\_in\\_Healthcare\\_Publication.pdf](http://antitorture.org/wpcontent/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf) (date of last access 1 February 2016)

<sup>116</sup> Hajek, Z (2009) *New Partnerships for Torture Prevention in Europe*. CPT Conference Presentation, p 59.

*enfasi alle visite e renderle più mirate*<sup>117</sup>. Tuttavia, data l'entità del problema connesso all'HIV, all'HCV e alla TB nelle carceri, queste visite mirate dovrebbero essere intraprese con l'intento di integrarsi in un contesto di visite regolari nel tempo.

**3. Utilizzare lo strumento di monitoraggio della riduzione del danno a livello internazionale, monitorare i casi di HIV, HCV, TB e riduzione del danno nelle carceri: uno strumento basato sul rispetto dei diritti umani per prevenire maltrattamenti, in parte o totalmente, durante visite regolari o ad hoc.**

Questo potrebbe essere utile per vari motivi. In primo luogo, contribuirebbe a garantire che sia mantenuto un approccio sistematico e completo nel monitorare questi problemi, e che le raccomandazioni derivanti dalle visite siano più coerenti. In secondo luogo, consentirebbe la raccolta standardizzata di dati affidabili e comparabili in relazione alle patologie dell'HIV, dell'HCV e della TB ed in relazione alle misure di riduzione del danno nelle carceri, che è attualmente frammentata, a livello globale, nazionale ed anche su scala regionale. In terzo luogo, servirebbe a semplificare l'identificazione delle situazioni che potrebbero determinare maltrattamenti delle persone affette da HIV, HCV, tubercolosi, contribuendo anche alla progressiva realizzazione di altri diritti umani, tra cui il diritto alla salute. Come un approccio basato sui diritti umani richiede la disaggregazione di dati, questo strumento di monitoraggio consentirebbe anche l'identificazione di gruppi vulnerabili o eventuali situazioni di discriminazione. Inoltre, sarebbe un segnale forte per le autorità governative e penitenziarie circa l'importanza della riduzione del danno nelle carceri, nonché prevenire e curare l'HIV, l'HCV, la TB in un modo che gli strumenti e le metodologie utilizzate siano conformi ai diritti umani.

---

<sup>117</sup> 11th General Report, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (2001), par. 10.



Questo report fa parte del progetto, *“Improving Prison Conditions by Strengthening Infectious Disease Monitoring”*, cofinanziato dall’Unione Europea e coordinato da Harm Reduction International nel 2015 e nel 2016.



Il progetto è stato realizzato Con il sostegno economico del Criminal Justice Programme dell’Unione Europea. Questa pubblicazione rispecchia il solo punto di vista dell’autore e la Commissione Europea non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi utilizzo che possa venir fatto delle informazioni qui contenute.



Le attività di ricerca, di disseminazione e di sostegno al coordinamento della progetto in Italia sono stato svolte dalla Associazione Antigone Onlus.