

3.5

RENDERE ESIGIBILE IL DIRITTO ALLA CURA NEI CONTESTI DI DETENZIONE E VULNERABILITÀ

Masala F.*

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina/Dipartimento di Assistenza Distrettuale (DAD) - di Area Giuliana/Funzione Sanità Penitenziaria ~ Trieste ~ Italy

Un modello multidisciplinare per l'eradicazione del virus dell'epatite C in carcere: il percorso della Sanità Penitenziaria dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, nella Casa Circondariale di Trieste, dimostra che il diritto alla cura è esigibile anche in contesti critici, se l'intervento è tempestivo, strutturato e monitorato.

Introduzione

La Casa Circondariale di Trieste Ernesto Mari è un istituto penitenziario a custodia mista, caratterizzato da un elevato turnover della popolazione detenuta e da condizioni di sovraffollamento cronico. Al 17 settembre 2025, risultano presenti 244 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 150 posti, con un tasso di saturazione del 170%. Circa il 70% della popolazione è di origine straniera, con prevalenza di soggetti provenienti dall'Est Europa, dal Nord Africa e dall'Asia meridionale. Questa composizione eterogenea, associata alla frequente presenza di patologie infettive, disturbi da dipendenza e problematiche psichiatriche, rende la presa in carico sanitaria particolarmente complessa. Le barriere linguistiche, culturali e burocratiche ostacolano l'accesso tempestivo alle cure, amplificando le disuguaglianze e mettendo in discussione il principio di equità.

In ambito penitenziario, il diritto alla salute – sancito dall'art. 32 della Costituzione e dalla Legge 230/1999 – non può essere sospeso né subordinato alla condizione giuridica o sociale del detenuto. L'equità non è soltanto un obiettivo clinico, ma un imperativo etico: significa garantire a ogni individuo, anche in condizioni di restrizione della libertà, l'accesso a cure appropriate, tempestive e non discriminatorie.

In questo contesto, il tempo diventa una variabile critica: ogni fase del percorso sanitario deve essere scandita e monitorata per evitare ritardi che possano compromettere diagnosi, trattamento e continuità assi-

stenziale. L'effettiva esigibilità del diritto alla cura si misura anche nella capacità del sistema di rispettare i tempi clinici e organizzativi, rendendo l'intervento sanitario efficace e sostenibile.

Il carcere può trasformarsi da luogo di esclusione a spazio di giustizia sanitaria. L'equità diventa il criterio guida per superare le criticità strutturali del sistema penitenziario e per costruire modelli di intervento capaci di includere, curare e proteggere.

Nel 2017, la Funzione di Sanità Penitenziaria dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) Area Giuliana ha avviato un percorso per la micro eradicazione del virus dell'epatite c (HCV), evolutosi in un modello operativo multidisciplinare che rende effettivo il diritto alla cura anche nei contesti più fragili. Il coinvolgimento attivo della direzione penitenziaria ha facilitato l'integrazione tra i diversi attori sanitari, promuovendo una cultura organizzativa orientata alla salute pubblica, all'equità e alla gestione del tempo come risorsa clinica.

Obiettivi

- rendere effettivo il diritto alla cura per tutti i detenuti;
- intercettare precocemente l'infezione da HCV attraverso screening sistematici;
- attivare percorsi terapeutici tempestivi e personalizzati;
- ridurre la trasmissione intra-istituzionale;
- promuovere la salute in ambienti ad alta vulnerabilità;
- garantire continuità assistenziale post-detenzione;
- favorire l'accesso equo alle cure per detenuti stranieri.

Materiali e Metodi

Il percorso HCV attivato nella Casa Circondariale di Trieste si basa su un modello operativo multidisciplinare, progettato per essere replicabile, sostenibile e adattabile. L'intervento è coerente con le strategie nazionali e internazionali per la micro eradicazione dell'HCV.

La presa in carico sanitaria è preceduta da un'attività di formazione e informazione continua rivolta al personale sanitario e alla popolazione detenuta, elemento fondamentale per promuovere un approccio integrato e tempestivo. Il modello prevede una sequenza strutturata in sette fasi operative, ciascuna caratterizzata da tempi definiti e monitorabili, con l'obiettivo di garantire equità di accesso, continuità terapeutica ed efficacia clinica.

In un contesto penitenziario ad alta complessità, il tempo non rappresenta solo una variabile clinica, ma una risorsa organizzativa essenziale per rendere effett-

tivamente esigibile il diritto alla cura.

Le fasi del percorso includono:

1. screening iniziale: test rapido salivare per HCV Anticorpi (Ab), per i detenuti di nuovo ingresso, da effettuarsi entro 24 ore dall'ingresso in istituto;
2. approfondimento diagnostico: in caso di positività, esecuzione del prelievo ematico per HCV Ab e, se positivo, reflex testing per HCV RNA sullo stesso campione, da completare entro 7 giorni;
3. valutazione specialistica: da effettuarsi entro 15 giorni dallo screening, con esami diagnostici (es. fibroscan) e valutazione clinica;
4. attivazione del trattamento: prescrizione dei farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) entro 30 giorni dalla valutazione specialistica;
5. somministrazione dei DAA: durata media del trattamento 8-12 settimane;
6. verifica della risposta virologica: entro 12 settimane dal termine della terapia;
7. continuità assistenziale post-detenzione: attivata entro 48 ore in caso di dimissione durante il trattamento.

Il modello coinvolge il medico infettivologo ospedaliero, l'infermiere e il medico della Sanità Penitenziaria, il mediatore culturale e la direzione penitenziaria. Sono stati adottati strumenti operativi specifici: moduli multilingua per il consenso informato, database per la tracciabilità terapeutica, protocolli condivisi per la gestione delle comorbidità e materiale informativo semplificato in più lingue.

La gestione diretta del farmaco ha consentito di superare ostacoli burocratici, garantendo tracciabilità, aderenza terapeutica e continuità clinica. L'elevata efficienza e tollerabilità dei DAA ha favorito l'adesione al trattamento, anche in presenza di vulnerabilità sociali e linguistiche.

Risultati

Nel biennio 2023-2024, il percorso ha coinvolto una popolazione detenuta complessiva di 240 soggetti, con un'età media di 52 anni (range: 18-86). Dopo l'esclusione di 9 persone per motivi clinici o logistici, sono stati invitati allo screening 212 detenuti, di cui solo 10 hanno rifiutato. Questo dato conferma un'alta adesione spontanea, favorita dalla sensibilizzazione e dal lavoro educativo svolto dagli operatori sanitari.

Tra i soggetti risultati positivi all'HCV, sono stati avviati 5 trattamenti con farmaci antivirali ad azione diretta (DAA), secondo criteri clinici e organizzativi condivisi. La tempestività delle fasi operative ha permesso di evitare interruzioni terapeutiche, anche in presenza di trasferimenti o dimissioni, dimostrando come il rispet-

to dei tempi sia condizione essenziale per rendere il diritto alla cura effettivamente esigibile.

Considerando l'intero periodo 2017-settembre 2025, il percorso ha consentito la presa in carico e il trattamento di 34 detenuti HCV positivi, con una percentuale di eradicazione pari al 100%. Questo risultato, raggiunto in un contesto ad alta complessità, testimonia la solidità del modello e la sua capacità di tradurre il principio di equità in azione clinica concreta, scandita da tempi certi e monitorabili.

Il raggiungimento di questi obiettivi è stato possibile grazie alla gestione proattiva di numerose criticità. Le barriere linguistiche sono state affrontate con il supporto di mediatori culturali e materiali informativi semplificati, mentre le resistenze culturali sono state mitigate attraverso incontri educativi e momenti di ascolto. I trasferimenti improvvisi, spesso causa di interruzione terapeutica, sono stati gestiti con protocolli di continuità assistenziale attivati in tempi brevissimi. Anche la presenza di comorbidità psichiatriche e di dipendenza patologica non ha rappresentato un ostacolo insormontabile, grazie alla collaborazione con i servizi di salute mentale e delle dipendenze e alla flessibilità del modello operativo.

Le testimonianze raccolte nel corso dell'attività confermano il valore umano e clinico dell'intervento. Alcuni detenuti hanno definito l'accesso alle cure "inaspettato" e "segno di rispetto", evidenziando come il percorso terapeutico abbia rappresentato non solo una risposta sanitaria, ma anche un riconoscimento della loro dignità. Queste voci rafforzano il senso di giustizia sanitaria che il modello ha saputo incarnare, trasformando il carcere da luogo di esclusione a spazio di cura, equità e tempestività.

Conclusioni

Il carcere ha dimostrato di poter evolvere da luogo di esclusione a spazio di cura e di esigibilità del diritto alla salute. Il modello multidisciplinare consolidato ha reso concreto e universale l'accesso alle terapie, superando ostacoli burocratici e barriere strutturali grazie a una gestione del tempo clinico e organizzativo precisa, monitorata e orientata all'efficacia.

La forza del modello non risiede nei numeri, ma nell'approccio: un metodo costruito sulla centralità della persona, sulla capacità di integrare competenze, e sulla volontà di rendere il diritto alla cura realmente esigibile, anche nei contesti più fragili. Ogni fase del percorso è pensata non come adempimento tecnico, ma come atto di giustizia sanitaria.

Il gruppo di lavoro – composto da medici infettivologi, operatori sanitari della sanità penitenziaria, mediatori culturali e direzione penitenziaria – ha agito come un

sistema integrato, capace di rispondere con flessibilità e tempestività alle complessità del contesto. In particolare, il ruolo infermieristico si è trasformato in una funzione strategica, ponte tra i diversi attori e garante della continuità assistenziale.

La formazione continua del personale, l'adozione di strumenti operativi multilingua, la gestione diretta del farmaco e la costruzione di protocolli condivisi hanno reso il modello replicabile, sostenibile e adattabile. L'inclusione della popolazione straniera, svincolata da vincoli di residenza o cittadinanza, ha rafforzato il principio di equità, trasformando il carcere in un presidio attivo di salute pubblica.

In questo modello, il tempo non è un ostacolo, ma uno strumento di giustizia: scandisce le fasi dell'intervento, protegge la continuità terapeutica e rende il diritto alla cura pienamente esigibile. Le testimonianze dei detenuti – che parlano di rispetto, dignità e sorpresa nell'accesso alle cure – confermano che l'intervento non è solo sanitario, ma profondamente umano.

Il carcere, da spazio di marginalità, diventa laboratorio di innovazione sanitaria e sociale, dove equità, integrazione e sostenibilità si traducono in azione concreta. Non si tratta di contare trattamenti, ma di costruire percorsi che curano, includono e restituiscono dignità.

Riferimenti

- Ministero della Salute. (2022). Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per l'infezione da HCV. Roma: Ministero della Salute.
- Ministero della Giustizia. (1999). Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 – Riordino della medicina penitenziaria. Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999, Supplemento Ordinario n. 132.