

Amato annuncia la grande svolta nella lotta alla tossicodipendenza. Farà uscire i detenuti condannati per il consumo di droga. Pochi, in verità.

Non certo i 12.000 che qualcuno ha detto.

Il binomio carcere-tossicodipendenza è decisamente esplosivo, soprattutto per lo spettro dell'Aids.

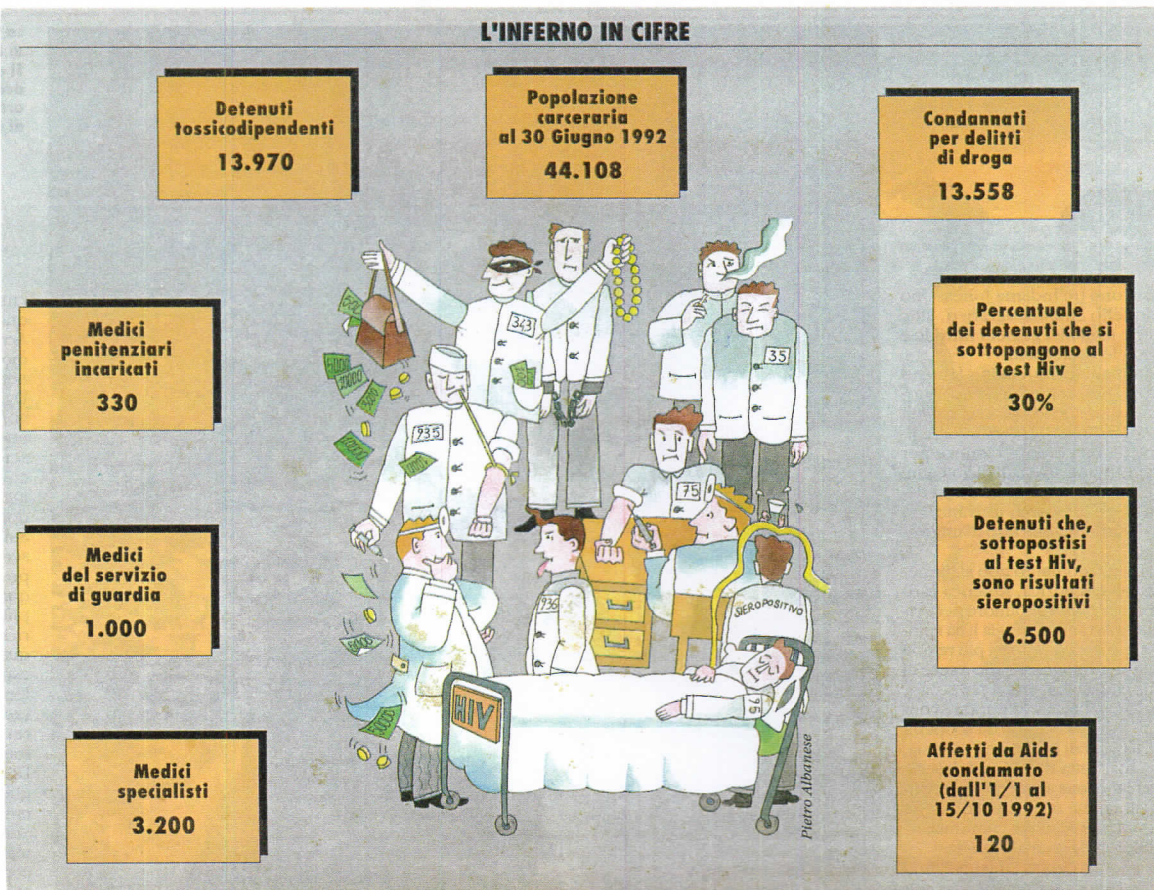
Non bisogna dimenticare che in Italia, su quasi 14.800 casi di Aids notificati al 30 settembre, il 60-70% è costituito da tossicodipendenti.

La proposta di Amato fa seguito alla decisione di dimettere, a certe precise condizioni, i malati di Aids; una decisione che ha scatenato molte polemiche.

E' l'inizio di una maggiore attenzione al problema del "benessere" carcerario?

ROBERTO GRANDINI
CRISTINA UGUCCIONI

L'INFERNO IN CIFRE



La salute oltre le sbarre

Sull'Aids si poteva fare meglio

Le carceri scoppiano di detenuti sieropositivi ma anche di rabbia. Quella dei medici.

Il dottor Francesco Ceraudo, presidente dell'Amapi, l'Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana, è sul piede di guerra: "Siamo pochi, il nostro organico è fermo dal 1970, quando i detenuti erano 16.000 e non i 50.000 di oggi. In queste condizioni lavorare diventa difficile. In alcuni Istituti di Pena i centri clinici non funzionano semplicemente perché manca il personale. Un esempio per tutti: nel nuovissimo carcere di Opera, le attrezzature mediche sono già arrivate, ma sono ancora imballate perché mancano medici e infermieri.

Nonostante queste difficoltà, cerchiamo di assistere nel modo migliore i detenuti colpiti dall'infezione da Hiv. Il problema nasce al momento della dimissione dal carcere. I più aggiornati studi scientifici dimostrano che i CD4 calano maggiormente nei soggetti depressi e un soggetto in carcere soffre di depresso-

ne. La Commissione Nazionale per la Lotta all'Aids ha stabilito che il detenuto malato debba essere ritenuto 'incompatibile con il regime penitenziario' quando i suoi CD4 sono inferiori a 100. Ma questo significa dimettere un cadavere.

Significa far uscire un detenuto solo per non farlo morire in carcere. Noi medici penitenziari chiediamo da tempo che questo limite venga rivisto immediatamente e venga innalzato a 250, secondo quanto consigliano autorevoli studi sull'argomento.

Solo così sarà ancora pos-

sibile fare qualcosa per questi pazienti. Sempre ammesso che trovino un posto dove andare. Perché c'è un secondo problema: la mancanza di posti-letto. E questa situazione finirà per aggravarsi dopo la decisione di Amato. I detenuti che beneficeranno della libertà sono pochi, ma in quanto tossicodipendenti è molto probabile che molti di loro siano sieropositivi. Ma che ne sarà di loro? Temo che questa storia finirà come la legge Basaglia, che fece uscire 'i matti' dai manicomi per sbatterli a morire in mezzo a una strada".

Abbiamo mirato giusto

"Il problema è grave. I detenuti tossicodipendenti sieropositivi costituiscono il 96% dei detenuti tossicodipendenti, e stiamo cercando di mettere a punto un programma che tenga conto delle caratteristiche particolari di queste persone, sia dal punto di vista giuridico che da quello socio-sanitario. Accusare proprio noi di in-

capacità, che da sempre denunciavamo l'incompatibilità tra Aids e carcere, è quantomeno frutto di malafede".

Ad esprimersi così è il professor Elio Guzzanti, vicepresidente della Commissione nazionale sull'Aids, organismo consultivo dalle grandi potenzialità decisionali, tenuto conto che il presidente attualmente in carica è il ministro della Sanità De Lorenzo.

"Il decreto presentato dal Governo - prosegue il professor Guzzanti - mira a non far coincidere l'uscita dal carcere del detenuto sieropositivo con lo stato

terminale della malattia. Per questo abbiamo introdotto il concetto secondo cui va 'dimesso' il paziente che si presenta sia con Aids conclamato, sia quel paziente che denuncia una situazione immunologica grave ma che non è affetto dai sintomi classici indicatori della malattia.

Inoltre il decreto stabilisce che la 'dimissione dall'istituzione carceraria debba venire concessa anche ai detenuti sieropositivi con Cd4 compresi tra 100 e 200, previo consulto con il giudice, il quale provvederà a sentire un medico pubblico".

Il vero problema è quello di identificare le strutture che potranno accogliere queste persone, molte delle quali, oltre che essere ammalate possono anche essere accusate di reati gravi: strutture cioè che possano impostare ed attuare il programma terapeutico necessario al malato e che nello stesso tempo stabiliscano dei criteri giuridici di sorveglianza delle persone ammesse.

Una soluzione potrebbe consistere nella 'specializzazione' di alcune comunità, visto che gli ospedali sono già stracolmi. Oppure nell'istituzione di veri e propri centri residenziali dotati di servizio medico e, se necessario, di servizi di controllo".

IL PARERE DELLA LILA

Troppo potere ai giudici

In mancanza di una legge sostitutiva della 162 (Jervolino-Vassalli) che stabilisca una nuova procedura da adottare nei confronti dei tossicodipendenti, per ora il "pianeta droga" deve accontentarsi della reiterazione del decreto per la scarcerazione dei detenuti sieropositivi. La reiterazione del decreto è accompagnata da una nuova norma che ristabilisce i criteri di dimissibilità dal carcere del detenuto sieropositivo come proposto dalle organizzazioni non governative e dalla stessa Commissione Nazionale per la Lotta contro l'Aids.

"Il limite di questo decreto - affermano i dirigenti della Lila, la Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids - è che ancora una volta, pur innalzando il limite dei Cd4 al di sotto del quale il detenuto sieropositivo esce dal carcere, da 100 ad un intervallo compreso tra 100 e 200, il potere decisionale rimane nelle mani del giudice.

E' il giudice, infatti, che sentito il parere del medico, stabilisce se il sieropositivo con Cd4 compresi tra 100 e 200 può lasciare il carcere: ciò implica - proseguono i responsabili Lila - il rischio di trattamenti differenziati nell'ambito di Regioni diverse. Inoltre il decreto non risolve il nocciolo della questione che riguarda la depenalizzazione del consumo di droghe, obiettivo imprescindibile, senza il quale le carceri, ed anche i servizi, continueranno ad essere soffocati da ragazzi che necessitano di altri trattamenti. D'altro canto non possiamo che dichiarare la nostra soddisfazione a proposito della cancellazione dal decreto degli emendamenti riguardanti lo screening obbligatorio Hiv e la separazione dei detenuti sieropositivi; emendamenti che avrebbero sancito una ulteriore penalizzazione verso soggetti già fortemente penalizzati".

Medici delle carceri: prigionieri della burocrazia

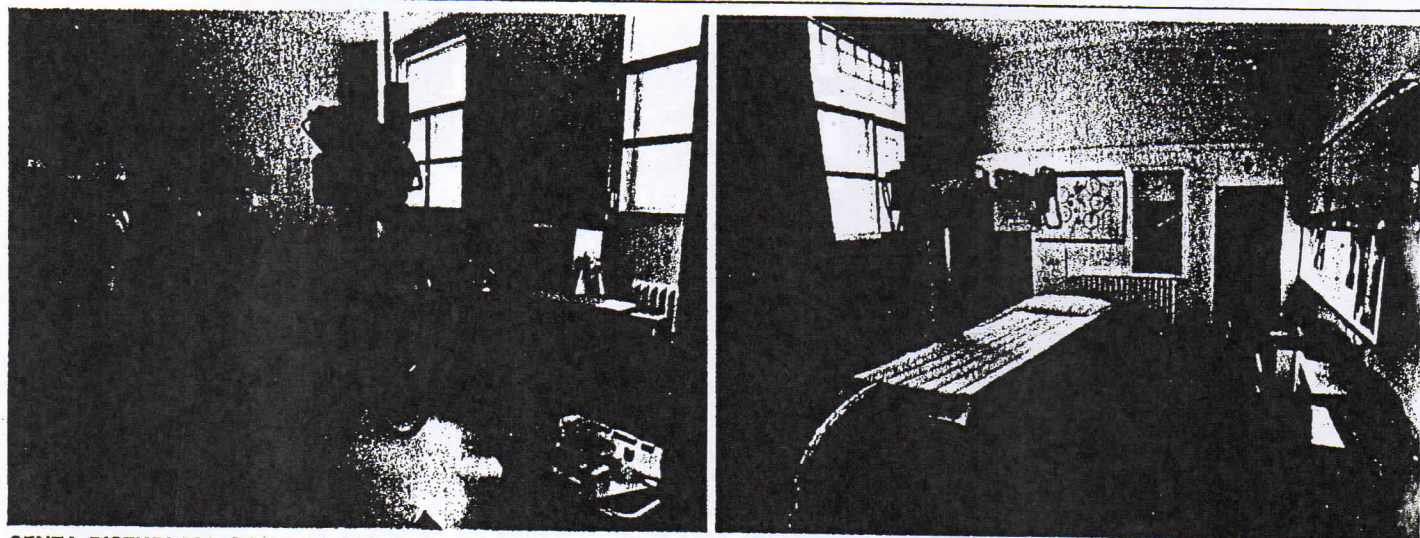
IL DOTTOR GIOVANNI RASPA È IL PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ITALIANA. IN QUESTA INTERVISTA ESPONE I PROBLEMI E LE ESIGENZE DI QUESTA PARTICOLARE CATEGORIA DI OPERATORI SANITARI COSTRETTI A LAVORARE TRA DUE FUOCHI: LE INCOMPRESIONI DELL'AMMINISTRAZIONE E QUELLA DEI DETENUTI

Curare un individuo incensurato e un individuo condannato all'ergastolo è, dal punto di vista del medico, la stessa cosa; poiché però l'incensurato vive in libertà e l'ergastolano in prigione, non è affatto la stessa cosa. Se poi si tiene conto che le carceri

— dice — è certamente un inconveniente anche ai fini della salute. Sarebbe una tragedia se le malattie infettive fossero temibili come un tempo, anche perché le carceri sono spesso ubicate in luoghi (vecchi conventi, per esempio) sorti per scopi d'altro

ga lo spettro patogeno. In ogni caso al suo ingresso, ogni detenuto viene sottoposto a un dépistage di malattie trasmissibili ».

Non è la patologia infettiva del resto, quella che domina nelle carceri. « Il grosso del nostro lavoro — afferma il



SENZA BISTURI MA CON I RAGGI. Le fotografie di queste due pagine sono state scattate in un carcere-campione, quello di Bari. A sinistra, qui sopra, si vede la sala operatoria del carcere, che non è in funzione. A destra è invece inquadrato l'ambulatorio radiologico, che, per quanto spartanamente attrezzato, è regolarmente attivo.

italiane ospitano 45 000 detenuti e i posti-cella sono soltanto 27 000, si può comprendere come il carcere costituisca di per sé un'importante concausa di malattie. Le cronache suffragano periodicamente le preoccupazioni, e il recente episodio del carcere di Monza, nel quale due giovani detenuti hanno perso la vita in un incendio, non è che un ennesimo campanello d'allarme.

Per mettere a fuoco la situazione, *Tempo Medico* si è rivolto al dottor Giovanni Raspa, che da 35 anni entra ed esce giornalmente dal carcere romano di Rebibbia ed è presidente dell'AMAPI (Associazione medici amministrazione penitenziaria italiana) che riunisce i medici che prestano la loro opera negli istituti di pena.

« Il sovraffollamento delle carceri

genere e non facilmente migliorabili dal punto di vista igienico. Il pericolo delle epidemie comunque esiste sempre, allo stato potenziale. Per esempio la tubercolosi, che un tempo mieteva flagelli, ora è diminuita se non altro perché è diminuita nel resto della società e perché, quando la si incontra, è ben curabile e guaribile. Ma non c'è nessun dubbio che il rischio, per la tubercolosi come per tutte le malattie trasmissibili, è più elevato di quanto potrebbe e dovrebbe essere ».

Oltre al sovraffollamento, va tenuto conto di un altro fattore di rischio: la presenza negli istituti di individui provenienti da tutte le parti del mondo. « La rappresentanza etnica nei penitenziari italiani — dice Raspa — è oggi la più svariata, e allar-

dottor Raspa — è costituito dalle malattie su base psicosomatica. La patologia digestiva, dalle gastriti alle ulcere gastroduodenali ai disturbi funzionali, ha un'incidenza che è difficilmente identificabile in termini quantitativi esatti, ma che è sicuramente superiore a quella della media della popolazione. Io provengo dalla pneumologia, e ho occasione di notare spesso casi di asma bronchiale di chiara origine psichica. Non c'è da stupirsi, del resto, poiché la vita in carcere, la privazione della libertà, ha sempre un effetto deleterio sulla psiche, com'è fin troppo facile intuire. In carcere ci si ammala di più e si aggravano le eventuali malattie preesistenti ».

Continua il medico romano (ma calabrese di origine): « Esiste una malattia tipicamente ed esclusivamente car-

ceraria. Noi la chiamiamo trauma da prima carcerazione. È una sindrome che colpisce pressoché tutti gli individui che entrano in carcere per la prima volta, e associa a un'ovvia sintomatologia psichica (di tipo ansioso e depressivo) anche sintomi organici, che vanno dalle alterazioni del ritmo cardiaco a quelle del tubo digerente. Solo ora si incomincia a studiare scientificamente il trauma da prima carcerazione. Uno studio recente, che ha ovviamente bisogno di essere confermato, ha segnalato una curiosa diminuzione del litio nel sangue. Certo la ricerca, in un settore come questo, incontra ostacoli di carattere burocratico, giuridico, psicologico, affatto specifici ».

Quali siano questi ostacoli, si può immaginare. Si pensi soltanto alla situa-

e rapine, e finiscono in prigione. Per fortuna non è più perseguibile il semplice detentore di droga. Ma anche così... non possiamo lamentarci: si pensi che il 30-40 per cento di chi giunge oggi in un istituto penitenziario è costituito da tossicodipendenti ».

Accanto a questi, i malati mentali: che un tempo soggiornavano negli istituti psichiatrici e che adesso, liberi, sono liberi anche di delinquere. « Sia chiaro che io, in linea di principio, sono favorevole alla legge 180 — afferma il dottor Raspa —. Ma, non esistendo strutture alternative sufficienti a curare tutti i disturbati mentali, è accaduto che un buon numero di questi malati abbia commesso crimini, e continui a commetterne, arricchendo così notevolmente la popolazione carceraria a stigmatate psichiatrica. Un cu-

tenacemente opposto all'introduzione del metadone nella medicina carceraria. Naturalmente la droga può entrare in carcere clandestinamente, vanificando i nostri sforzi. Inoltre, la libertà che il detenuto intravede diventa anche libertà dalla privazione di droga. Chi esce disintossicato, facilmente ricomincia. Questo non esclude che il carcere, una volta tanto, possa costituire il primo passo per un possibile recupero ».

Recupero: ecco la parola, ancor oggi magica, che ossessiona i medici delle carceri. Per essi, e per l'associazione che li rappresenta, il concetto che la pena debba avere come fine il recupero sociale del condannato è del tutto ovvio, poiché la medicina è per sua natura rivolta al ripristino della



PER IL RICOVERO E PER I DENTI GUASTI. Altre due inquadrature della struttura medica del carcere di Bari. A sinistra la nuova infermeria, con condizioni di comfort che comprendono anche un piccolo televisore; a destra, il reparto odontoiatrico. Indipendentemente dal livello delle attrezzature, il problema sanitario in carcere è rilevante.

zione in cui vengono a trovarsi i medici carcerari quando un detenuto rifiuta il cibo. Il trattamento coattivo è lecito o no? Per contro, una ricerca eseguita sui detenuti per finalità scientifiche è esposta all'accusa di « usare i detenuti per fare esperimenti »: non importa niente al detenuto, come all'opinione pubblica, che per studiare le malattie dei detenuti occorrono i detenuti. Quando ci sono di mezzo le carceri, diventa minato anche un campo che in tutti gli altri casi apparirebbe sgombro da ogni sospetto.

« Oggi la patologia carceraria — continua il dottor Raspa — si è arricchita di nuove categorie di pazienti: i drogati oggi entrano a frotte nelle carceri per un motivo semplicissimo: non possedendo denaro a sufficienza per procurarsi la droga commettono scippi

rioso destino ha colpito questi sventurati: esclusi da una reclusione, ne hanno trovato un'altra, contribuendo senza volerlo ad abbassare il già scadente livello della salute mentale esistente negli istituti di pena ».

Paradossalmente, invece, per i tossicodipendenti il carcere può riuscire benefico. « La carcerazione — dice il dottor Raspa — privando il soggetto della libertà, lo priva anche della libertà di avere la droga. Insorge la crisi di astinenza, ovviamente, che può essere anche grave ma che è sempre ottimamente trattabile coi mezzi medici consueti. Le posso assicurare, sulla base della mia esperienza, che il tossicodipendente in crisi di astinenza è in grado di star bene dopo pochi giorni di cure. Per questo mi sono sempre

salute compromessa. Pertanto l'AMA-PI, da quando è sorta, intorno al 1960, combatte una decisa battaglia per la riforma carceraria, una riforma globale, che riguardi non soltanto il servizio medico penitenziario, che « non è aderente alle reali esigenze dei detenuti » (sono parole del segretario Francesco Ceraudo) ma l'istituto carcerario nella sua globalità, atteso che lo stato generale della vita nelle carceri e lo stato di salute dei detenuti sono strettamente legati.

Dice il dottor Raspa: « Abbiamo ottenuto nel 1975 una legge di riforma che afferma diversi principi da noi rivendicati, un'ovvia diminuzione dello stato di coercizione (per esempio una maggiore libertà nei colloqui, la possibilità di far entrare i giornali nei penitenziari, un alleggerimento delle



UN MEDICO CADUTO. Roma, primo dicembre 1980. Il cadavere del medico di Regina Coeli, Giuseppe Furci, giace sull'asfalto. L'attentato, compiuto nel centro della città, è stato fulmineo: la vittima non ha neppure tolto le mani dalla tasca dell'impermeabile.



UN MEDICO FERITO. La dottoressa Giuseppina Galfo subito dopo l'aggressione che le ha procurato lesioni e ferite molto gravi. La posizione del medico carcerario è caratterizzata da grandi rischi, che i due episodi testimoniati in questa pagina esemplificano.

Nell'attuale precaria situazione, è stato rimandato sine die anche l'altro progetto dei medici carcerari che è il reinserimento del condannato nella società. Disegno ambizioso, ma non utopistico, sancito dalla stessa legge di riforma carceraria, la quale « è stata approvata per l'appunto in grazia di questo ».

Il disegno riguarda la creazione di « istituti di osservazione », il cui scopo è di eseguire, nelle carceri, uno studio della personalità dei soggetti, per individuare i fattori criminogeni, istituire un trattamento, reimmettere il detenuto nella società con la prospettiva di un lavoro e la speranza che non gli accada più di delinquere.

« Tali istituti — conclude Raspa —, nei quali avrebbero operato psicologi, psichiatri, pedagoghi, sarebbero inter-

venuti sui cosiddetti "giovani adulti", ossia i reclusi in età fra i 18 e i 25 anni, condannati a periodi relativamente brevi di detenzione. Un primo istituto pilota di questo genere era già stato creato, aveva incominciato a funzionare e con l'aiuto di maestri artigiani aveva dimostrato che si potevano formare, in carcere, dei radiotecnici, degli odontotecnici, dei carrozzieri. Lo stesso istituto si era preoccupato di trovare, a pena scontata, un posto di lavoro ai dimessi. Esso era nato proprio per dare alla proposta di legge un suffragio sperimentale. Sublime ironia, ha cessato di esistere dopo che la legge è stata approvata. Ma è anche a causa di questi aspetti grotteschi, contraddittori, assurdi, che noi continuiamo la nostra lotta senza scoraggiarci mai ».

TW

IL CONGRESSO DELL'AMAPI A FIRENZE

Vuole specializzarsi il medico delle carceri

di DINO MESSINA

Appartengono a una delle categorie professionali che hanno pagato e continuano a pagare un prezzo carissimo per il loro impegno sociale, eppure sono tra i più bistrattati. Durante gli anni di piombo alcuni medici penitenziari hanno pagato con la vita la volontà di continuare a svolgere dignitosamente e coerentemente il proprio lavoro. Ma non è bastato il contributo di morti e feriti per sbloccare la situazione: ancora oggi le retribuzioni minime dei 325 medici incaricati delle carceri italiane si aggirano intorno alle cinquecentomila lire. La maggior parte dei professionisti vive poi una condizione di precarietà occupazionale che non ha riscontro in nessun'altra categoria.

Dal marzo 1983 è stata istituita presso il ministero di Grazia e Giustizia una commissione paritetica che ha non solo lo scopo di migliorare gli aspetti normativi ed economici del contratto per i medici penitenziari, ma di studiare un diverso modello di assistenza sanitaria nelle carceri. Sembra che le cose siano a buon punto, ma i medici penitenziari non hanno ancora ottenuto quei minimi aggiustamenti economici che rendano più dignitosa e meno precaria la loro già difficile condizione professionale. Per esempio l'aumento dello stipendio per gli incaricati a 1.050.000 lire lorde, la concessione dell'indennità speciale, attualmente riconosciuta a tutte le persone che operano nelle carceri, ma non ai medici, infine una accettabile retribuzione oraria per i professionisti che coprono il servizio di guardia (quindicimila lire lorde circa).

Le richieste urgenti dei medici penitenziari riguardano anche gli infermieri, per i quali si richiede una adeguata preparazione professionale e un buon compenso, non inferiore alle ottomila lire all'ora. Non è più tollerabile che con una assurda operazione di maquillage, indossato il camice, gli agenti di custodia si trasformino da secondini in provetti assistenti sanitari.

Sono questi soltanto alcuni dei temi emersi al VII Congresso nazionale di medicina penitenziaria che si è svolto a Firenze domenica 8 aprile. Il convegno, durante il quale si è svolta anche la prima giornata di Medicina delle comunità chiuse, ha oscillato tra impegno scientifico e dibattito sindacale, analisi sociale e polemica istituzionale.

«L'assistenza nelle carceri», ha detto il dottor Giovanni Raspa, presidente nazionale dell'Amapi (Associazione medici amministrazione penitenziaria italiana), «non può e non deve essere inferiore a quella offerta ai liberi cittadini del Servizio sanitario nazionale». Eppure si verifica il paradosso che laddove i problemi da affrontare sono maggiori, i mezzi a disposizione sono al di sotto anche dei normali standard. Ma per una buona medicina peniten-

ziaria non bastano mezzi economici e strutture a disposizione, occorre una cultura moderna in cui confluiscono istanze gestionali, sensibilità sociale, preparazione medica. Non a caso i dirigenti dell'Amapi hanno voluto che il settimo congresso della loro associazione coincidesse con la prima giornata di medici delle comunità chiuse.

Come ha spiegato il professor Comodo, igienista all'università di Firenze, la medicina delle comunità è un contenitore ampio che ingloba varie specializzazioni. Una di queste è la medicina delle comunità chiuse e delle carceri in particolare. «Il medico penitenziario», ha sottolineato il magistrato Vittorio La Cava, «deve avere competenze mediche, conoscenze giuridiche, capacità manageriali». Non esiste oggi una specializzazione che riunisca i vari indirizzi didattici necessari alla formazione del medico che opera nelle carceri in una posizione di responsabilità.

E' per questo che durante il convegno è stata proposta l'istituzione di una specializzazione in medicina penitenziaria.

Tutti d'accordo con l'esigenza della formazione, ma a che pro aumentare la pletera delle scuole di specialità? Il professor Ugo Teodori, preside della facoltà medica di Firenze, ha suggerito un'ipotesi più percorribile: la creazione di semplici corsi di perfezionamento, per i quali basta un decreto rettorale.