



A ssociazione
M edici
A mministrazione
P enitenziaria
I taliana

MEDICINA PENITENZIARIA

periodico d'informazione culturale e sindacale



N. 17 — Luglio-Dicembre 1991 — Anno IX

Il problema dell'A.I.D.S. nelle carceri italiane

Relazione tenuta al Congresso Internazionale di Tokyo (6/10 Giugno 1994)
dal Prof. Francesco Ceraudo, Presidente A.M.A.P.I.

L'infezione da HIV nell'ambito delle strutture penitenziarie italiane si caratterizza ormai per la sua allarmante incidenza (circa 7.000 soggetti: 6.750 uomini - 250 donne) in una popolazione detenuta di 55.000 (53.000 uomini - 2.000 donne) e sia per il particolare, drammatico coinvolgimento che l'ambiente ed i detenuti subiscono.

La vita del detenuto sieropositivo è oltremodo difficile.

Alla sofferenza prodotta dalla malattia si coniuga l'umiliazione della emarginazione.

Il detenuto con infezione da HIV percorre un cammino psicologico contorto e contraddistinto da varie risposte sul piano delle emozioni e dei comportamenti.

Alla fase iniziale di stress, in risposta, segue un periodo di adattamento che sovente si alterna con momenti di rifiuto dell'assistenza e perdita di speranza.

A questo punto l'area complessiva degli interessi già abbondantemente coartata dall'istituzione carceraria, viene interamente sovrastata dalle attenzioni verso il proprio corpo e soprattutto verso le proprie sensazioni fisiche.

Si configurano in tale contesto fragili, delicati equilibri infranti molto spesso dalla angoscia che violenta e destabilizza.

Anche il rapporto con il tempo e con i progetti subisce profondi sconvolgimenti poiché le sofferenze, gli effetti fortemente debilitanti e sfiguranti connessi con la malattia interferiscono pesantemente sul vissuto quotidiano.

I sintomi di più comune osservazione sono gli stress psico-emotivi, la depressione, l'ansia, l'ipocondria, i disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi affettivi, antisociali e della condotta.

L'AIDS in carcere evoca soprattutto fantasie di aggressività e di morte, facendo sentire il detenuto inesorabilmente in trappola senza via di uscita, senza scampo.

La reazione del detenuto così allarmata non è interamente riconducibile alla paura.

Esistono, purtroppo, in carcere condizioni e circostanze obiettive, strutture e comportamenti a rischio che possono predisporre e favorire la circolazione del virus HIV.



Nel recente Congresso Internazionale di Tokyo il Prof. Francesco Ceraudo è stato eletto Vice-Presidente Mondiale unico dei Medici Penitenziari. Costituisce un importante, legittimo riconoscimento per l'opera tenace, intelligente e coraggiosa portata avanti dall'A.M.A.P.I. a tutela della salute della popolazione detenuta.

Intendo riferirmi alla ristrettezza delle celle, al cronico superaffollamento, all'eterogeneità di provenienza dei detenuti soprattutto dall'Africa (al momento attuale nelle carceri italiane sono ristretti circa 8.000 detenuti extracomunitari), all'uso promiscuo di oggetti e di servizi, all'omosessualità dilagante, alla forte incidenza di tossicodipendenti (circa il 40% della popolazione detenuta) travestiti, transessuali e prostitute ed alla pratica dei tatuaggi.

L'infezione da HIV in carcere riguarda per l'85% detenuti tossicodipendenti, per il 10% omosessuali e prostitute. Finora nelle carceri italiane sono stati diagnosticati 652 casi di AIDS conclamato.

Non esiste nelle carceri italiane il test obbligatorio per HIV. Il test può essere praticato previo consenso informato, ma tutto ciò può fornire soltanto una conoscenza approssimativa della reale incidenza della malattia.

Ecco perché i MEDICI PENITENZIARI ITALIANI richiedono il test obbligatorio per tutti i detenuti all'entrata in carcere, parimenti a quello che avviene ora per la sierodiagnosi per la lue.

Un test pertanto non ad personam, dunque non discriminante e con la massima riservatezza sugli esiti.

Dall'accertamento tempestivo dell'infezione, deriverebbero effetti positivi per il singolo detenuto, consentendo di attuare cure mirate ed accertamenti mirati.

Si consentirebbe, altresì, di rendere operativa la profilassi costante in presenza di determinati quadri di infezione, suscettibili di recidiva in un ambiente altamente e pericolosamente promiscuo, come quello penitenziario.

Si rende altresì necessaria una revisione della tabella vittuaria almeno per i soggetti con maggiore compromissione del corredo immunologico con un aumento ragguardevole della quota proteica.

Le ore di aria e gli spazi sociali andrebbero ampliati.

Il detenuto sieropositivo, ma asintomatico e senza alcun deficit del corredo immunologico può vivere in comunità ed essere adibito ad attività lavorativa.

Il detenuto invece affetto da complesso AIDS correlato (ARC) viene sistemato nell'infermeria o trasferito nel CENTRO CLINICO e non viene adibito ad attività lavorativa.

Quando si realizza il quadro di AIDS conclamato o di gravissimo deficit immunologico (CD4 al di sotto di 200) il detenuto viene ricoverato all'Ospedale esterno ed ottiene i benefici di legge (arresti domiciliari od ospedalieri se imputato, sospensione della pena se definitivo).

Del resto è facilmente comprensibile quanto gli effetti sconvolgenti e stressanti della carcerazione vengano a ripercuotersi sul corredo immunologico con conseguenze devastanti.

In carcere il detenuto sieropositivo viene sottoposto a controlli ogni tre

mesi (esami ematochimici con particolare riferimento allo stato immunologico, gastroscopia, visita dermatologica, visita neurologica, visita odontoiatrica) e quando i CD4 scendono al di sotto di 500, viene iniziata la terapia con AZT al dosaggio di 500 mg pro-die + polivitaminici + acido folico + acetilcisteina con dieta iperproteica.

Talora viene associato l'interferone WELLFERON fiala 5 milioni di unità a giorni alterni o l'ACICLOVIR = ZOVIRAX cp da 800 mg x 3.

Per i detenuti HIV+ con grave deficit immunitario (CD4 al di sotto di 200) viene intrapresa nell'Ospedale Penitenziario di PISA una efficace profilassi:

- A) contro la polmonite da Pneumocistis carinii con Pentamidina in aerosol
- B) contro la esofagite da candida con fluconazolo
- C) contro la micobatteriosi con RIFABUTINA (150 mg 1 c x 2) x 6 mesi.

I MEDICI PENITENZIARI ITALIANI già da tempo stanno portando avanti con forte determinazione la loro battaglia apportando il loro impegno sotto il profilo del dovere morale, della responsabilità sociale e del contributo professionale.

E' anche questo un segnale importante nella prospettiva di un carcere più civile ed umano in ITALIA.

DA QUESTA ASSISE CONGRESSUALE INTERNAZIONALE I MEDICI PENITENZIARI ITALIANI rivolgono un vivissimo appello alle Autorità politiche, scientifiche e sociali di tutto il mondo.

L'AIDS nelle carceri va configurato come una emergenza sanitaria. L'AIDS è un problema di tutti, è un problema che riguarda da vicino ciascuno di noi, molto più di quanto possiamo immaginare. Nessuno di noi si può permettere il lusso di pensare che è un problema che riguarda gli altri, rinchiodandosi nella corazza della propria indifferenza.

OCCORRE SOLIDARIETA'.

Occorre prevenzione attraverso i canali di una corretta, seria, responsabile informazione e di questa attività si sono resi promotori i MEDICI PENITENZIARI attraverso la didattica con mezzi anche audiovisivi nei confronti della popolazione detenuta e nei confronti degli Agenti di Polizia Penitenziaria.

I diritti dell'uomo-detenuto vanno salvaguardati.

Pertanto occorre una forte mobilitazione per testimoniare in concreto il rispetto profondo per la sacralità della vita umana e per la dignità e per i diritti dell'uomo detenuto.

