



TOSSICODIPENDENZA E CARCERE

a cura del
prof. Francesco Ceraudo

Il binomio droga-carcere ha assunto negli ultimi tempi dimensioni allarmanti. Indici statistici recenti, forniti dal Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, parlano di una incidenza di tossicodipendenti di circa il 40% sulla popolazione detenuta, con punte massime che raggiungono anche il 60-70% nelle metropoli.

La Casa Circondariale di Pisa ospita attualmente 110 detenuti tossicodipendenti pari al 40% della intera popolazione.

La carceri sono attualmente dei "serbatoi", dei magazzini dove la società ha continuato a "scaricare" i tossicodipendenti.

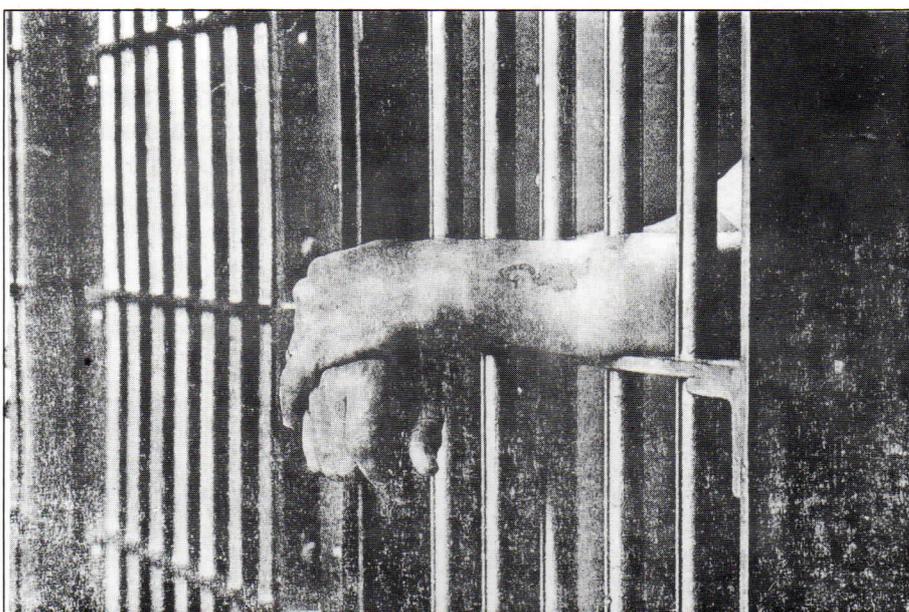
Ma lo Stato dovrebbe innanzitutto, creare le premesse perchè il tossicodipendente non finisca in carcere ed in tale direzione si muove il decreto-legge varato dal Governo che enuncia due principi fondamentali: drogarsi è un illecito ed il carcere non è luogo adatto alla riabilitazione.

Il soggetto che fa ricorso alla droga porta dentro di sé elementi di "disorganizzazione affettiva", di difficoltà di comunicazione, sceglie di drogarsi nel tentativo di risolvere i suoi problemi.

Non trovando in sé possibilità di adeguamento, di accettazione, ricerca artificialmente delle condizioni apparenti per sopravvivere.

Il suo mondo diventa più piccolo limitato microcosmo della droga, che aggrega intorno a sé altre persone come lui.

In queste condizioni di forte fragilità psicologica il carcere può soltanto amplificare a dismisura i problemi esistenziali di chi fa uso di sostanze stupefacenti e di ciò ne



è precisa testimonianza l'alto numero di tossicodipendenti che tentano di suicidarsi in carcere, perchè rivivono in modo più drammatico e disperante la "misera" della propria esistenza quotidiana.

Il tossicodipendente non ha futuro dietro le sbarre, anche perchè la realtà del carcere è desolante e non garantisce condizioni di cura e di riabilitazione.

Non bisogna dimenticare che esistono anche delle cause ambientali e "sociali" della tossicodipendenza, ma all'origine della vulnerabilità psicologica che porta molti giovani ad imboccare la strada senza ritorno alla droga, c'è una certa labilità "di carattere".

La "mancanza di volontà", che fa entrare nella spirale della tossicodipendenza, sfocia, con l'uso degli stupefacenti, nella patologia mentale e di conseguenza va trattata con tutte le attenzioni e le cure che si riservano a questa condizione.

La tossicodipendenza esige prevenzione e cura, non punizione.

Esige solidarietà, non segregazione.

Si è sentito talora dire che il carcere possa costituire una specie di frontiera protettiva alla tossicodipendenza.

Niente di più falso, anche perchè la droga circola in carcere; talvolta, sono i familiari dei detenuti che procurano droga, nei modi più disparati, talvolta sono gli stessi detenuti ad introdurla quando rientrano dai permessi o dal regime di semilibertà.

Altro aspetto di fondamentale importanza del provvedimento governativo, oltre quello della depenalizzazione della tossicodipendenza, è il rafforzamento dell'attività di prevenzione e di recupero.

Il recupero del tossicodipendente dovrebbe passare attraverso le comunità e proseguire lungo la difficile strada del reinserimento e dell'emancipazione.

Questo programma di recupero si deve basare sulla responsabilizzazione del tossicodipendente per tentare di restituirgli il valore dei sentimenti, dell'amore e del rispetto.

Il lavoro è duro: negli istituti di pena la richiesta di prestazioni sanitarie è elevatissima per incidenti vari, tentativi di suicidio e scioperi della fame che sono quasi di routine. Eppure il rigore della Finanziaria ha determinato l'abolizione dei presidi antidroga e il taglio di medici, psicologi e infermieri in un'ottantina di carceri. Francesco Ceraudo del sindacato medici penitenziari non ci sta e chiede maggiore dignità per una professione sottovalutata.

LE PATOLOGIE SONO IN AUMENTO MA LO STATO TAGLIA IL NUMERO DEI MEDICI CARCERARI

Troppe malattie in cella

MAURO MISERENDINO

Sono milleottocento e fanno fronte a una popolazione di cinquantamila persone. Vale a dire uno ogni ventotto assistiti. Così qualcuno deve aver pensato che sono troppi e ha iniziato a tagliarli. E così i medici carcerari rischiano di vedere ridurre i propri organici di fronte a una popolazione carceraria come quella italiana che conta 18 mila tossicodipendenti, 8.500 epatici cronici, seimila sieropositivi, 252 casi di Tbc polmonare. E ancora, casi di pertinenza psichiatrica, tentati suicidi, per non parlare delle fratture, delle malattie croniche e di quelle che si riacutizzano dietro le sbarre.

Un bilancio difficile che pagano i curanti

Questo quadro, che unito alle condizioni igieniche delle affollate carceri italiane non è certo tranquillizzante, non ha scoraggiato due mesi fa il vicedirettore generale delle carceri Giuseppe Falcone dall'abolire 34 presidi per le tossicodipendenze istituiti in base alla legge sulla droga del '91, e dal ridimensionare il personale medico e infermieristico in 76 istituti. La colpa è della carenza di fondi, ma la spiegazione non basta a Francesco Ceraudo, leader dei medici carcerari dell'Amapi. Invano a fine '96 Ceraudo aveva cercato d'attirare l'attenzione sul problema, si era persino incatenato in piazza per far capire che i medici carcerari non potevano pagare le conseguenze di bilancio. «Al ministero di Grazia e Giustizia - afferma Ceraudo - i nostri stipendi tutti insieme costano come la convenzione con l'istituto carcerario di Castiglione delle Stiviere, 200 letti per i quali il dicastero paga anche competenze non sue». Meno medici naturalmente non significa meno responsabilità. Basta una svista, un errore, una disgrazia, per finire davanti al magistrato. Com'è accaduto al direttore sanitario del carcere di Poggioreale Domenico Belmonte, rinviato a giudizio per un



contagio di epatite C che ribadisce il problema degli spazi scarsi. Per capire come si è creata questa situazione, bisogna però fare un salto indietro. La sanità manda in carcere i medici del Sert, gli psicologi, gli educatori, mediante una convenzione con l'istituto. Nel '91 furono assegnati 35 miliardi per istituire dei presidi contro le tossicodipendenze in carcere. Al medico del Sert, che in teoria in carcere avrebbe dovuto solo somministrare il metadone, furono affiancati uno psicologo e un infermiere e si creò un servi-

zo a tutti gli effetti. Qui oggi il medico Sert, trasformato di fatto in un medico di presidio, lavora da una a sei ore al giorno. Ma negli anni le leggi finanziarie hanno ridotto sempre di più i fondi e si è arrivati ai dieci miliardi di quest'anno. Intanto il 30 per cento degli psicologi è stato tagliato. Con l'ultimo intervento sono stati ridotti gli orari in molte carceri e soppressi 34 presidi. Solo in poche carceri grandi sono state aggiunte ore. «Ma a che servono dove il servizio c'è già - si chiede Ceraudo - mentre per esempio a Bene-

vento 500 detenuti non hanno praticamente più il Sert né la consulenza dell'infettivologo?». Ceraudo ha qualcosa da dire anche sulla ripartizione dei finanziamenti. Su dieci miliardi tre e mezzo sono destinati ai medici dei presidi, altrettanti agli psicologi e tre vanno alla formazione. «Ma chi si forma se dobbiamo tagliare?».

Richiesta di aiuto a Rosy Bindi

Per ripartire meglio le forze, era nata una commissione ministeriale di cui è membro lo stesso Ceraudo. Ma il lavoro è rimasto incompiuto. E così, in tempi più recenti, per guadagnare anche una maggiore autonomia rispetto a un ministero, quello di Grazia e Giustizia, che accusano di sottovalutarli, i medici delle carceri si sono rivolti al ministro della Sanità. In pratica la richiesta indirizzata a Rosy Bindi è di riconoscere una maggiore dignità alla medicina carceraria, e di poter istituire dei corsi di specializzazione sul campo per chi volesse in futuro assumersi l'incarico di curare i detenuti. **doc**

QUANTE GRANE SE IN GIOCO È LA LIBERTÀ DEL DETENUTO

Vita dura per i medici del carcere. Devono fare anche i farmacisti, per esempio: prescrivere, dispensare e distribuire i farmaci, occuparsi degli ordini trimestrali, delle scadenze e della conservazione di medicine e stupefacenti. «Se muore un detenuto - dice Francesco Ceraudo dell'Amapi - scattano tre inchieste, di magistratura, provveditorato e ministero di Grazia e Giustizia».

Altro problema il rapporto con la magistratura. «Talora ci viene chiesto se un detenuto può restare in carcere. Ma nel caso di detenuti pericolosi emergono vari problemi: se come responsabile sanitario accetto che il soggetto non sta bene e va scarcerato e al giudice la mia decisione non piace? Se per questo convoca un perito universitario che mi contraddice e vado nei guai per aver favorito il detenuto? Di solito finiamo con lo scrivere che la persona visitata è affetta da una certa malattia, ma che per ulteriori valutazioni si rimanda all'esame di un colloquio peritale».

MEDICI INCARICATI, DI GUARDIA E DI PRESIDIO: UNA RETE CHE L'ESTERO CI INVIDIA

Si riduce un sistema che funziona

Lo sistema sanitario nelle carceri italiane è tra i più evoluti. Quindici i centri clinici nelle carceri più grandi: veri mini-ospedali con radiologia, laboratorio di analisi, talora sale di rianimazione e reparti di cardiologia. Milano, Pisa, Roma Regina Coeli, per citarne alcuni. Negli istituti di media taglia ci sono invece infermerie con dieci-venti letti, che per le analisi diagnostiche devono rivolgersi altrove. I piccoli istituti (20-30 detenuti) invece hanno solo un ambulatorio, un medico incaricato e uno di guardia (otto ore a notte). I medici carcerari si dividono in medici incaricati, medici di guardia, di presidio e consulenti specialisti. Tra i primi (350 nei 202 istituti di pena) si contano i 18 dirigenti sanitari che dirigono i centri clinici. Si tratta in ge-

I PROBLEMI SANITARI TRA LE SBARRE

INFETTIVOLOGIA		MEDICINA	
Epatici cronici	8.500	Colon irritabile, sindrome dispeptica, gastrite, ulcera peptica, epatopatia alcolica, prostatica, asma bronchiale, artrosi con osteoporosi, crisi anginose.	
Sieropositivi Hiv	6.000		
Tbc polmonare	252		
Sifilide			
PSICHIATRIA		CHIRURGIA	
Suicidi	40	Emorroidi, ragadi anali, condilomatosi, calcicoli della colecisti, ernie inguinali e scrotali, vene varicose.	
Tentati suicidi	700-800		
Scioperi della fame	3.500-4.000		
Ingestione corpi estranei	1.500		
Taglio delle vene	1.200-1.500		
* Inclusi per comodità gesti autolesivi		DERMATOLOGIA	
		Miccosi, pediculosi, scabbia, acne	

Fonte: Amapi

nere di specialisti (spesso internisti o psichiatri) che lavorano nel carcere 18 ore alla settimana, poi sono in Università o in ospedale. Gli altri incaricati sono di varia estrazione, anche medici generalisti. Il loro stipendio base è di due milioni netti al mese, che peraltro costa loro l'indennità di piena disponibilità.

Il medico di guardia, invece, è pagato a ore. Lavora dalle 96 alle 150 ore al mese. In genere di età tra i 30 e i 35 anni, viene dalla medicina dei servizi o da altre convenzioni, e guadagna 30 mila lire all'ora. A volte fa solo questo lavoro. Il medico di presidio è il più precario, ha una convenzione annuale regolata di anno

in anno con i fondi stanziati dalle leggi finanziarie, e fa da una a sei ore al giorno (30 mila lire l'ora) più che altro curando i detenuti tossicodipendenti, a volte i sieropositivi e i pazienti Aids. Medici incaricati e di guardia, assieme ai medici di presidio, costituiscono un fronte unico rappresentato dal sindacato Amapi, l'associazione dei medici delle amministrazioni penitenziarie italiane. L'Amapi ha negli anni concordato un tariffario che vale per le visite e gli interventi compiuti da un'ulteriore categoria, i medici specialisti consulenti, chiamati spesso ad effettuare prestazioni di chirurgia generale, oculistica, odontoiatria. **doc**

Penitenziari

Centri superspecialistici in molte città italiane

Le corsie della speranza

MORONI E AIUTI, PIONIERI DI QUESTE STRUTTURE

Quando si cominciò a parlare di Aids, non si ricorreva ancora alle grandi parole («flagello», «maledizione divina», «peste del secolo») e non esistevano neppure le strutture adatte per affrontare questa grave patologia. Mentre un famoso clinico, su un famoso quotidiano milanese, sosteneva che l'allarme era eccessivo, all'ospedale Sacco il professor Moroni e il suo aiuto Adriano Lazarin cominciavano ad approntare le difese: erano entrambi convinti che non si trattava di un falso allarme ma d'una epidemia che avrebbe portato danni gravissimi alle popolazioni di tutto il mondo. Erano anche convinti che i malati di Aids andassero isolati.

Moroni a Milano e Aiuti a Roma sono stati i due pionieri italiani della lotta all'Aids. Entrambi hanno approntato efficienti reparti di isolamento e condotto ricerche, poi pubblicate sulle più prestigiose riviste scientifiche internazionali, sulle cause e sulle possibilità di cura di questa forma estrema di immunodeficienza. Anche l'Università di Pavia, per merito del professor Elio Guido Rondanelli, direttore dell'Istituto di malattie infettive, ha costruito una speciale divisione riservata ai malati di Aids, che tuttora funziona, dotata di reparti-modello e di laboratori di analisi modernissimi.

Milano, Roma e poi Pavia, dunque, all'avanguardia in Italia; ma altre città si sono presto aggiunte e Roma, all'ospedale pediatrico del Bambin Gesù, ha pensato principalmente ai bambini, vittime sempre innocenti (e purtroppo sempre più numerose) dell'Aids. Nell'avanzata, statistica e clinica, della malattia sono oggi pesantemente coinvolte anche le donne. Il rapporto maschi-femmine, che era di uno a otto nel 1989, oggi è di uno a tre. E almeno in Italia l'omosessualità non è più la prima causa di contagio. Basta l'ago d'una siringa, sia per i tossicodipendenti che per i trasfusi.

In tutti i centri italiani che ricoverano i malati di Aids (centri presenti ormai in tutti i capoluoghi di provincia, o almeno nei più

importanti) non ci sono sezioni riservate alle donne ma spesso Divisioni infantili.

Un altro problema si è andato imponendo con gli anni: la presenza (crescente) di detenuti colpiti dalla malattia. Il congresso internazionale di Medicina penitenziaria che si apre oggi a Pisa — nell'aula magna dell'università — vede riunite delegazioni di medici provenienti da ogni parte del mondo, anche dall'Africa, che è il continente più colpito da questa malattia. Lo presiede il professor Francesco Ceraudo, il quale ha dichiarato: «Siamo profondamente preoccupati per il silenzio istituzionale sul dramma dell'Aids in carcere. Nessuno più ne parla. Serve una forte mobilitazione delle forze politiche e sociali sull'argomento. Il nostro congresso intende salvaguardare e ribadire, con serie basi scientifiche, tutti i diritti del malato-detenuto».

I dati in proposito sono preoccupanti: 600 casi di Aids conclamati nelle nostre carceri e 7.500 detenuti sieropositivi. Secondo il professor Ceraudo, queste valutazioni sono inferiori alla realtà, perché il test che tende ad accertare la presenza del virus Hiv non è obbligatorio ma facoltativo. Spesso, quindi, la diagnosi di Aids viene fatta quando il detenuto è morto, attraverso l'autopsia. Ecco i dati del 1994: sono entrati in carcere poco più di centomila detenuti, si sono sottoposti al test volontario 40.276: di essi 3.066 erano sieropositivi.

Il maggior numero di detenuti già infettati dal virus Hiv è nelle carceri della Lombardia; seguono: Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna, Sardegna, Toscana, Veneto e Campania. Se pensiamo che in carcere, per reati anche minori, si trovano diciottomila tossicodipendenti (di entrambi i sessi) è facile comprendere che il numero dei sieropositivi è destinato a crescere.

Il ministro della Giustizia, presente al Congresso di Pisa accanto al ministro della Sanità, dovrà dare una risposta — finalmente chiara — su questo scottante problema.

f.m.

SE L'AIDS E' IN CELLA

I medici penitenziari, italiani e stranieri, si sono confrontati su come curare i detenuti affetti dalla malattia ma si sono scontrati con i vincoli imposti dal legislatore

Per la prima volta in Italia, in una assise internazionale, si sono confrontati i problemi della sanità all'interno degli Istituti di pena con i problemi scientifici più in generale e si sono analizzate le difficoltà di gestione delle carceri.

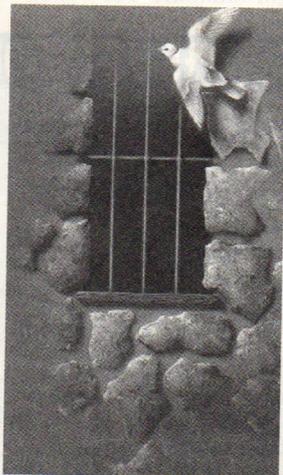
Al recente Congresso internazionale di Medicina penitenziaria, tenutosi a Pisa, erano presenti, oltre a numerosi medici penitenziari arrivati da ogni parte d'Italia, anche personalità del mondo scientifico e penitenziario straniero.

E la problematica inerente questi tre aspetti della questione è stata il nodo più controverso affrontato dal dibattito congressuale. Il Nobel Rita Levi Montalcini, relatrice più volte calorosamente applaudita al termine del suo intervento, ha messo l'accento sulla necessità di considerare i detenuti malati come veri e propri pazienti e dunque attribuire loro gli stessi diritti, sanciti dalla Carta dei diritti dei malati, applicati ai pazienti cosiddetti 'civili'. E, ancora, (questo è il passo più applaudito dai medici penitenziari e il più contestato da Nicolò

Amato, direttore generale dell'Amministrazione penitenziaria) considerare i tossicodipendenti detenuti come malati, contestando, di fatto, quanto invece prescrive la legge (nota come la Russo Jervolino-Vassalli), che sembra volere il tossicomane trattato come un delinquente a tutti gli effetti.

Rita Levi Montalcini ha dichiarato di voler costituire una "Magna Carta dei doveri della società" nei confronti dei detenuti malati. E' questa una chiara iniziativa rivolta a denunciare l'apatia e il disinteresse verso i detenuti malati da parte degli organi istituzionali preposti alla sanità.

La risposta di Amato è



stata inequivocabile: della sanità dei detenuti deve occuparsene direttamente la Medicina penitenziaria su indicazione e controllo delle strutture preposte del ministero di Grazia e Giustizia e questo, se non altro, per garantire l'autonomia gestionale degli Istituti penitenziari che è alla base della loro sicurezza.

I medici penitenziari, attraverso il loro presidente nazionale Francesco Ceraudo, hanno denunciato la precarietà normativa dei medici dovuta anche al mancato riconoscimento dell'alta professionalità richiesta e posseduta da opera nei penitenziari e della condizione di estremo rischio sanitario in cui versa la stragrande maggioranza degli Istituti di pena italiani.

Basti ricordare, ha affermato il professor Ceraudo, alcune cifre che la dicono lunga più di tante parole situazione degli istituti di pena italiani: oltre 17 mila detenuti tossicodipendenti, più di 6 mila i sieropositivi per Hiv accertati, 400 i casi di Aids con clamati diagnosticati. Una situazione sanitaria esplosiva; difficile da gestire con l'organico a disposizione e con i mezzi, finanziari e strumenta-

li, esistenti. I medici penitenziari attendono la soluzione della disputa tra ricercatori e legislatori sulla opportunità, ampiamente illustrata nel suo intervento, dal professor Mauro Moroni, di rimettere in libertà il detenuto effetto da Aids anche allo stadio di Arc in quanto, per poter stabilire lo stadio di malattia in cui versa il detenuto, è necessario effettuare uno screening che, stante l'attuale legislazione, non è obbligatorio e dunque può essere effettuato solo dietro assenso del detenuto.

In ultimo, il presidente dell'Amapi Ceraudo, ha chiesto a Giuseppe Visco, che oltre ad essere direttore del reparto Malattie infettive dell'Ospedale Spalanzani di Roma è anche membro della commissione nazionale della lotta contro l'Aids e relatore al congresso, di far partecipare ai lavori della commissione una rappresentanza dei medici penitenziari, che potrebbero dare il loro contributo non tanto sulle condizioni di sviluppo e di evoluzione della malattia in condizioni 'normali', ma sulle modalità di sviluppo ed evoluzione in condizione di segregazione.

Francesco Berté