

Questo giornale è stato realizzato in occasione del XXX Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria e del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Penitenziaria

Speciale Congresso • Sirmione • 10 - 12 • maggio • 2007

AMAPI-SIMPe

News

La Medicina Penitenziaria verso obiettivi di qualificazione

Il disagio dei medici e una platea di "sordi"

DI FRANCO BERTÉ - PRESIDENTE DEL CONGRESSO INTERNAZIONALE SIRMIONE 2007

L'esercizio professionale della nostra Categoria diventa sempre più specialistico e settoriale mentre, per contro, l'attenzione istituzionale verso la Medicina Penitenziaria si dirada nel tempo.

La retorica è d'obbligo perché serve ad esprimere il disagio dei Medici Penitenziari ad una platea di "sordi".

E la coscienza professionale resta l'unica vera spinta alla percezione dei cambiamenti, all'anticipare più moderni interventi medico-sanitari. E sono i nostri Congressi che ci permettono di "socializzare" le esperienze, di trasferire le conoscenze, di tracciare gli interventi futuri sulla base delle esperienze e delle conoscenze.

Il XXX Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria (AMAPI) ed il VI Congresso Nazionale della Società di Medicina Penitenziaria (SIMPe) propongono la trattazione di argomenti strettamente correlati alla Medicina Penitenziaria. E' ormai acclarato che la complessità dell'intervento sanitario alla popolazione carceraria può essere corretta, quando non addirittura evitata, attraverso un "programma di rilevamento dello stato di malattia quale strumento per evidenziare i reali bisogni di salute della popolazione detenuta". E' questo l'assunto alla base della prossima assise e che da solo esprime le finalità degli incontri e l'ampiezza dei problemi da affrontare.

Il Congresso, quest'anno, assume carattere Internazionale e tra le varie Sessioni emerge un Workshop sui "pazienti con epatite virale HCV correlata in carcere", che vede uno scambio di esperienze professionali tra la Spagna e l'Italia. Rivolgo un vivo ringraziamento alla Regione Lombardia che ha concesso il patrocinio alla prestigiosa manifestazione. La splendida cornice di Sirmione, perla del Benaco, coronerà lo svolgersi dei lavori di Medicina Penitenziaria. Benvenuti a Sirmione.



Il momento è delicato. Ci sono nodi da sciogliere

DI FRANCESCO CERAUDO, PRESIDENTE AMAPI

Il XXX Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria si carica di importanti aspettative per i Medici e gli Infermieri Penitenziari. Si qualifica come Congresso Internazionale per la prestigiosa partecipazione di una delegazione di Medici Penitenziari Spagnoli.

Il Congresso cade in un momento estremamente delicato ed è chiamato a sciogliere nodi fondamentali in merito alle prospettive della Medicina Penitenziaria. Veniamo da una stagione sindacale aspra e combattuta con le unghie e con i denti. Del resto non c'erano alternative.

I gravissimi tagli imposti dalla Finanziaria 2007 alla Medicina Penitenziaria mettevano in dubbio non solo il ridimensionamento ma la stessa sopravvivenza della Medicina Penitenziaria. Ci siamo messi di traverso. Ci siamo incatenati. Ci siamo imbavagliati. Abbiamo abbandonato per protesta il nostro stesso posto di lavoro. Alla fine ha prevalso il buon senso e il ministro Mastella sensibile alle nostre forti sollecitazioni è riuscito a recuperare integralmente i fondi tagliati. Mai come in questa occasione è stata un'impresa ardua affrontare il problema dei contratti dei Medici Incaricati, dei Medici di Guardia, degli Infermieri e dei Tecnici.

Con il contributo di riflessione di tutti, il Congresso Internazionale di Sirmione saprà delineare le direttive di prospettiva della Medicina Penitenziaria per un percorso di qualificazione, affinché i Servizi Sanitari Penitenziari siano sempre più rispondenti alle esigenze di salute della popolazione detenuta.



Il saluto e l'apprezzamento del ministro Clemente Mastella ai Medici Penitenziari riuniti a Congresso a Sirmione

La figura del Medico Penitenziario, oltre che da una idonea preparazione professionale, deve essere caratterizzata da una grande sensibilità umana e sociale. Come più volte è stato sottolineato, il medico opera in un ambiente in cui il detenuto soffre per una doppia afflizione: la perdita della libertà e la perdita della salute. Ed è qui che il personale sanitario deve fornire il suo essenziale contributo, giungendo, come avvenuto negli anni di piombo, addirittura al sacrificio della propria vita.

Non si può non riconoscere che il compito di chi è chiamato a curare i detenuti ammalati comporta responsabilità e difficoltà senz'altro maggiori di quelle del consueto operato medico, perché come autorevolmente l'ha definita un insigne giurista "la medicina penitenziaria è una sorta di Croce Rossa in perpetua emergenza".

La salute è bene primario di ogni uomo, secondo quanto sancisce l'articolo 32 della Costituzione, che ne garantisce la tutela come fondamentale diritto dell'individuo. E non fa eccezione, ovviamente, l'ambito penitenziario, dove il medico svolge un ruolo delicato e fondamentale, non solo nello specifico settore sanitario, ma anche nell'attività trattamentale dei detenuti, garantendo le condizioni per cui questa possa essere realmente efficace.

Risorsa preziosa per l'Amministrazione, il me-

dico deve farsi carico di un'enorme responsabilità connessa alla delicatezza dei compiti attribuitigli, deve avere, e lo ha dimostrato nel tempo, grande coraggio lavorando in un modo del tutto particolare, in situazioni particolari.



Non dobbiamo, fra l'altro, dimenticare che sono anche aumentate le istanze di cura della salute da parte dei detenuti: una popolazione sempre più composita nelle etnie e nelle patologie. Il che amplifica le competenze e le responsabilità del medico, che non deve essere soltanto professionalmente preparato, né può limitarsi a conoscere la farmacologia dei composti che prescrive.

Possiamo dire che il Medico Penitenziario si è specializzato nella cosiddetta patologia dell'emarginazione; egli opera in prima linea a favore di persone particolarmente bisognose. E' un medico che deve essere disponibile e rendersi partecipe, che deve misurarsi con i mille problemi di tutti i giorni, dotato di grandi capacità di comunicazione e di ascolto.

Ascoltare in carcere è, infatti, un atto di importante valenza terapeutica, che integra fortemente ed efficacemente il delicato rapporto medico-paziente.

Il medico che opera negli istituti di pena deve

avere una grande capacità di interagire con il paziente. Di fronte al detenuto, che può mostrarsi inizialmente diffidente nei suoi confronti perché lo vede "imposto dall'alto" e non liberamente scelto, avrà il compito di farsi accettare attraverso la sua preparazione e la sua umanità. Con la consapevolezza che il detenuto, molte volte cosciente o talora inconsapevole del comportamento antisociale che lo ha portato a pagare una serie di errori, è comunque un uomo provato. Un uomo cui bisogna avvicinarsi con grandi valori umani, con doti personali di intuito, di cultura non solo medica, di esperienza e di profonda conoscenza dell'ambiente carcerario, per tentare di risolvere i molteplici e complessi problemi che si presentano quotidianamente.

Il Medico Penitenziario svolge, insomma, un'importante attività di ordine sociale che si concretizza non solo con la cura del corpo, ma con il sostegno morale e psichico. La sua è una professionalità "umanistica" che si basa su una grande sensibilità. Oltre a saper operare, deve saper essere. Nell'interesse dello Stato è chiamato a fornire un importante contributo affinché si possa realizzare nella maniera più compiuta il precetto costituzionale secondo il quale la pena deve tendere alla rieducazione del condannato.

Auguro a Voi tutti buon lavoro.

Clemente Mastella

2 Aspetti cardiologici nell'ambito della Medicina Penitenziaria. Stratificazione del rischio cardiovascolare

VINCENZO DE DONATIS MEDICO* e FABIO SGURA CARDIOLOGO**

Studi clinici ed epidemiologici concordano nel riconoscere la patologia cardiovascolare come prima causa di morte nella popolazione globale. Nella attuale situazione penitenziaria italiana il soggetto che merita una maggiore stratificazione del rischio cardiovascolare è quello che presenta una età maggiore di 50, e allo stato attuale costoro rappresentano circa il 14% dei detenuti.

L'analisi dell'Indice di Stato di Salute o indice di co-morbilità, su circa 117.000 detenuti, fa ipotizzare che attualmente negli Istituti Penitenziari siano ospitati 400 detenuti affetti da cardiopatia ischemica, valvolare, aritmica e malattia primitiva del muscolo cardiaco.

La prevenzione primaria svolge un ruolo fondamentale. L'ipertensione arteriosa coinvolge 5 detenuti su 100 e molto spesso durante il periodo di detenzione, si potenzia la terapia anti-ipertensiva con la duplice o tripla associazione con farmaci anti-ipertensivi.

Il diabete, altro importante fattore di rischio cardiovascolare che interessa 2 detenuti su 100, risente negativamente dello stress, della mancanza di movimento e soprattutto delle difficoltà logistiche per impostare una dieta corretta.

L'abitudine tabagica appare frequentissima in questa popolazione, con una media giornaliera di 20-30 sigarette al giorno, e studi clinici evidenziano come la nicotina si deposita nel letto cardiovascolare determinando un irrigidimento della parete arteriosa con conseguente aumento del rischio di evento cardiaco (angina o infarto); il tabagismo scatena 10 anni prima la cardiopatia ischemica rispetto al non fumatore. Nell'ambito delle co-morbilità bisogna sottolineare l'associazione del disagio psichico e lo sviluppo di cardiopatia, che si potenzia durante la detenzione interessando 10 persone su 100, e lo stress potrebbe scatenare l'evento cardiovascolare; a questo si aggiunge che su 100

malati cardiopatici 30 presentano una malattia psichiatrica ben nota.

Sicuramente una stratificazione accurata del rischio cardiovascolare del nuovo giunto rappresenta una tappa importantissima per valutare il soggetto ad alto rischio da quello a basso rischio. Nella prevenzione secondaria analizzare attentamente le comorbilità attraverso controlli clinico strumentali atti a monitorare costantemente il detenuto, assegnando ad alcuni Istituti di pena una monitoraggio simile ai reparti di Cardiologia, attraverso una tele-medicina simile alla attuale collaborazione sul piano nazionale tra il 118 e le cardiologie del territorio (Hub and Spoke), potrebbe rivelarsi una valida strategia

*UNITÀ OPERATIVA DI SANITÀ PENITENZIARIA
PROVINCIALE REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA

**ISTITUTO DI CARDIOLOGIA AZIENDA POLICLINICO DI MODENA
E CONSULENTE CASA CIRCONDARIALE MODENA

In carcere è emergenza psichiatrica

L'indulto è stato un atto di coraggio da un punto di vista politico, un atto di civiltà ed un atto importante di Medicina Preventiva. Le carceri anche se rimangono sempre dei posti infelici, hanno acquisito una vivibilità diversa e gli Operatori Sanitari hanno ora margini di operatività finalmente più corrispondenti alla delicatezza delle singole situazioni. Si delineano prospettive serie anche in merito ai processi di rieducazione, cui deve tendere la pena per mandato costituzionale.

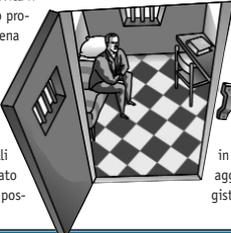
Con viva soddisfazione prendo atto come medico che nel primo trimestre 2007 i suicidi sono diminuiti da 16 a 2 rispetto al primo trimestre del 2006. E' un fatto importante di civiltà e da solo giustificerebbe l'applicazione dell'indulto.

I detenuti messi in libertà con l'indulto costituivano una fetta di umanità sofferente (tossicodipendenti, extracomunitari e malati psichiatrici) e sono quelli che più frequentemente tentano il suicidio. Un aspetto significativo è rappresentato anche dal fatto che gli Operatori Sanitari e soprattutto gli Psichiatri e gli Psicologi pos-

sono interagire ora in modo proficuo con la popolazione detenuta, riuscendo ad evidenziare gli stati di disagio psichico per i quali diventano operativi i gruppi di osservazione e trattamento che stanno portando avanti un lavoro serio e responsabile.

L'allestimento del polo di accoglienza, l'applicazione delle linee-guida con la presa in carico del malato psichiatrico, il coinvolgimento dei servizi territoriali esterni costituiscono elementi significativi per migliorare la risposta sanitaria penitenziaria.

L'Associazione dei Medici Penitenziari, a conclusione del Corso di Psichiatria Penitenziaria presso l'Università di Pisa, ha redatto un documento programmatico in cui si evidenziano le necessità cliniche per far fronte all'emergenza psichiatrica in carcere. Il malato psichiatrico serio non può rimanere in carcere, perché il carcere aggraverebbe il suo stato psicopatologico. La malattia psichiatrica agli occhi della Magistratura deve acquisire la stessa dignità che rivestono le altre malattie serie. (FC)



In un'arte, quella medica, resa nobile dall'impegno dedicato a chi soffre, la Medicina Penitenziaria è a sua volta una branca nobile rivolta com'è a chi soffre per una doppia afflizione: la perdita della libertà, la perdita della salute. Il Medico Penitenziario sente la gravità e la grandezza delle proprie responsabilità professionali ed umane. E' stato sempre chiamato a diventare uno specialista in umanità, con particolare riguardo alla patologia dell'emarginazione, sicché la Medicina Penitenziaria aspira ad una autentica scienza della vita, una Medicina che più di ogni altra è rivolta alla persona umana. Il Medico Penitenziario ha a che fare con disagi, povertà, emarginazione, con le sofferenze di ammalati la cui malattia è anche spesso la paura di avere malattia, la paura di morire senza sapere di chi fi-

Una riforma con i medici. Non contro i medici

DI FRANCESCO CERAUDO

darsi, a chi affidarsi. Si è così venuta formando una classe di Medici e di Infermieri professionalmente qualificati, contraddistinti da una forte tensione alla sensibilità sociale e alla solidarietà umana. Ad essa hanno attinto e attingono lo slancio, l'energia, la passione per continuare a lavorare in carcere. I Medici Penitenziari hanno acquisito meriti importanti di fronte alla Società e alle Istituzioni. E, tuttavia, in luogo di un naturale, sentito e



spontaneo apprezzamento per l'operato dei Medici e degli Infermieri Penitenziari, consapevoli dell'essenziale contributo umano e professionale quotidianamente offerto, si è costretti a registrare un gravissimo atto di misconoscimento e ripudio da parte del DAP che di fatto costringe i Medici Penitenziari ad abbandonare il posto di lavoro. Bisogna ricordare che alcuni Medici Penitenziari per questa Ammini-

strazione sono arrivati al sacrificio della propria vita negli anni di piombo. Altri sono stati bersaglio di attentati e di intimidazioni. Essi non sono alla ricerca di medaglie e non chiedono la Luna. Si aspettano solo rispetto per il loro lavoro e per la loro professione. La riforma della Medicina Penitenziaria deve essere fatta con i Medici Penitenziari e non contro di essi. Una riforma seria e credibile non può essere scritta sulla pelle dei Medici e degli Infermieri né, e questo è ancora peggio, sulla pelle dei detenuti. I problemi del carcere così seri, così delicati e spesso così drammatici non lasciano spazio se non a riflessioni e considerazioni consapevolmente umili e sofferenti e alla speranza di un contributo non inutile a soluzioni che possono essere il risultato dell'impegno di molti.

A Marco Pannella

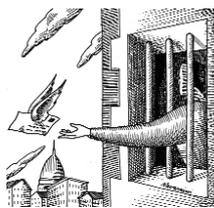
il Premio Speciale AMAPI



2007 per le sue battaglie contro la pena di morte e per

la difesa della Medicina Penitenziaria

L'Ufficio di Presidenza dell'AMAPI ha deliberato di conferire il Premio Speciale AMAPI 2007 all'onorevole Marco Pannella a testimonianza della sua infaticabile, ammirevole opera di contrasto della pena di morte. Per l'acquisizione di una moratoria sulla pena di morte Marco Pannella ha rischiato la vita dando seguito ad uno sciopero della fame e della sete che ha costretto il suo organismo ai minimi termini, al punto di dover essere ricoverato d'urgenza in ospedale. Nell'espletamento delle sue importanti, delicate funzioni istituzionali, Marco Pannella si è sempre distinto per il tratto di grande nobiltà d'animo e, soprattutto, per la profonda, convinta disponibilità verso i problemi della Medicina Penitenziaria. E' per tutti noi in ogni occasione un sicuro, autorevole punto di riferimento, come in occasione dei gravissimi tagli imposti alla Medicina Penitenziaria dalla Finanziaria 2007. Con sentimenti di profonda gratitudine e viva riconoscenza gli conferiamo il Premio Speciale AMAPI 2007.



Patrocino della Regione Lombardia

Sono lieto di concedere il Patrocino della Regione Lombardia al XXX Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria, che avrà luogo a Sirmione il 10-11-12 maggio 2007.

Desidero manifestare agli organizzatori dell'evento ed a tutti gli operatori sanitari penitenziari la mia profonda stima per l'importante iniziativa e per il concreto aiuto che, nonostante ostacoli quotidiani, viene prestato a persone che vivono una situazione di profondo disagio, per assicurare il diritto fondamentale alla salute.



Sen. Roberto Formigoni
Presidente Regione Lombardia

Epatite HCV correlata in carcere. Preoccupa sempre più l'impatto socio-sanitario

3

DI FRANCESCO CERAUDO

L'impatto socio-sanitario dell'epatite HCV correlata sta assumendo nelle carceri sempre maggiore rilevanza e preoccupazione. Al momento attuale in tutto il mondo l'HCV è una delle cause più frequenti di epatite acuta e cronica, nonché di cirrosi con una forte incidenza di cronicizzazione.

L'infezione da virus C ha diffusione ubiquitaria, colpisce persone di tutte le età prevalentemente di sesso maschile. Si stima che l'infezione da HCV sia estremamente frequente interessando 4 milioni di soggetti in USA, 5 milioni in Europa e 200 milioni nel mondo.

L'interesse per questa patologia deriva dall'osservazione che la cirrosi epatica, complicanza che si verifica con una certa frequenza nelle epatopatie croniche, rappresenta una causa di morte molto importante per la popolazione italiana.

Molti detenuti con particolare riferimento agli extracomunitari sono sottoposti a controlli sanitari per la prima volta al loro ingresso in carcere e scoprono solo in questa circostanza di aver contratto la malattia.

Secondo stime elaborate dall'Associazione Nazionale dei Medici Penitenziari circa 7.000 sono i soggetti detenuti affetti da epatite cronica HCV correlata.

In tale contesto il Medico Penitenziario riveste un ruolo di primo piano dal momento che è lui a dover gestire questo tipo di patologia, fornendo prima di tutto i consigli e le eventuali rassicurazioni del caso, cercando di selezionare i pazienti che effettivamente necessitano di controlli e di terapie appropriate.

Studi effettuati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che i più importanti fattori di rischio associati all'epatite C sono:

- # tossicodipendenza per via venosa con scambi di aghi contaminati;
- # trasfusioni di sangue almeno fino a 15 anni fa;
- # contatti sessuali;

Nell'ambito penitenziario bisogna riconoscere nell'eziopatogenesi dell'epatite virale HCV correlata:

A) Cause strutturali

- # la ristrettezza degli spazi a disposizione
- # sovraffollamento cronico

B) Cause comportamentali

- # L'alta incidenza di detenuti tossicodipendenti
- # vasto contingente di extracomunitari
- # la promiscuità forzata
- # la pratica dei tatuaggi
- # lo scambio di oggetti (lamette, siringhe)
- # l'omosessualità (nelle sezioni femminili sono ristrette molte prostitute)

E' necessario mettere al bando in termini rigorosi di siringhe e oggetti personali (spazzolini da denti, forbici, pettine). No ai tatuaggi e al piercing.

Obbligatorio l'uso del preservativo nei rapporti sessuali.

Particolari, scrupolose precauzioni per le cure odontoiatriche con l'utilizzo di materiale esclusivamente mono-uso.

Il paziente affetto da epatite HCV correlata in carcere ha un profilo psicologico ben delineato e contraddistinto da varie risposte sul piano delle emozioni e dei comportamenti.

Alla fase iniziale di stress (conseguente alla conoscenza del quadro di malattia), in risposta segue un periodo di adattamento che sovente si alterna con momenti di rifiuto dell'esistenza 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.

Secondo stime elaborate dall'Associazione Nazionale dei Medici Penitenziari circa 7.000 sono i soggetti detenuti affetti da epatite cronica HCV correlata.

Questa paura intollerabile provoca una dipendenza assoluta dai Medici Penitenziari per il controllo dei sintomi, per la risposta degli accertamenti diagnostici, per la valutazione degli eventuali effetti collaterali, per la richiesta di benefici di legge.

Si sente inesorabilmente in trappola.

Il colloquio con il paziente affetto da epatite cronica HCV correlata in carcere è difficile e delicato.

In assenza di dati certi concernenti l'epidemiologia, la storia naturale, la profilassi e le possibili implicazioni che la malattia cronica determina sulla qualità e quantità della vita del paziente, diventa problematico rispondere alle varie domande che i pazienti in modo ripetitivo rivolgono.

Soprattutto in carcere il Medico deve essere preciso e chiaro per scongiurare inutili paure e dubbi che in alcuni soggetti sono causa di sintomi depressivi molto seri. Paradossalmente tali disturbi minano in modo determinante la qualità della vita, molto più che la malattia epatica stessa.

In questi specifici casi entra in gioco il ruolo determinante del Medico Penitenziario, alla cui sensibilità professionale spetta fornire le spiegazioni più esaurienti possibili.

Il Medico Penitenziario deve saper acquisire la sua fiducia, mettendolo al corrente della necessità del ciclo terapeutico e questo deve essere

fatto con un linguaggio molto semplice anche se con riferimenti rigorosamente scientifici.

Un ruolo importante riveste la compliance del soggetto al ciclo interferonico e da questo punto di vista si rileva una marcata aderenza alla somministrazione settimanale (per motivi psicologici ed organizzativi).

Il 95% dei soggetti arruolati è tossicodipendente.

L'originalità dello studio consiste pure in questo, in quanto fuori dal carcere è veramente difficile e problematico reclutare e condurre con successo uno studio di questo tipo, in quanto è un'impresa ardua seguire costantemente il tossicodipendente e coinvolgerlo nella compliance. Troppe circostanze e motivazioni lo tengono lontano da ciò e se poi inizia, non ha la costanza di portarlo a termine.

In carcere da questo punto di vista vi sono poche possibilità di eludere le direttive del Medico e si registra più disponibilità a praticare il ciclo interferonico, in prospettiva di una guarigione che verrà apprezzata ancora di più, una volta acquisita la libertà.

Quasi sempre il detenuto è portato a dare il proprio consenso anche perché in questi termini riesce a conferire almeno un significato al tempo inutile della sua carcerazione, un tempo che in definitiva ritiene derubato alla propria esistenza.

Purtroppo alcune volte dobbiamo registrare la circostanza quanto meno singolare che il detenuto non si vuole sottoporre al ciclo terapeutico con interferone, in quanto vuole addirittura utilizzare la malattia per poter acquisire un eventuale beneficio di legge.

Si è potuto rilevare che il soggetto affetto da epatite HCV correlata ha un'ottima compliance sia per motivi logistici che tecnici (deve assumere una fiala di PegInterferon 1 week-ribavirina 1000/1200 die), mentre la stessa cosa non succede in merito ai soggetti sieropositivi per HIV, i quali hanno un solo obiettivo: portare i CD4 al di sotto dei 200 per acquisire un beneficio di legge e pertanto si comprende fin troppo bene che presentano una scarsissima compliance alla terapia antiretrovirale.

Alla luce dei dati di prevalenza in carcere si possono formulare le seguenti direttive:

- # campagna educativa al fine di incrementare la consapevolezza e la conoscenza dell'epatite C.
- # studi di controllo sulla popolazione per determinare in modo più accurato l'attuale diffusione dell'HCV in tutta la popolazione detenuta.
- # programma di sorveglianza sanitaria al fine di individuare i soggetti infetti per delineare la valutazione medica e nei casi selezionati prescrivere la terapia antivirale più adeguata.
- # identificazione dei criteri standard per la diagnosi dell'infezione e valutazione molto ponderata della prognosi, ai fini soprattutto della acquisizione di eventuali benefici di legge.

HCV. Le linee Guida dalla diagnosi alla terapia

DI CIRO FULGARO*

La diagnosi di infezione da HCV si basa essenzialmente sulla positività degli anticorpi anti HCV e sull'aumento delle transaminasi considerando che la malattia è quasi sempre asintomatica sia nella fase acuta che cronica non complicata.

La positività del test è di per sé diagnostica di infezione da HCV. L'aumento delle transaminasi esprime un'aumentata citolisi epatica e se è associato alla positività del test anti HCV è indicativo di epatite C.

La positività della viremia qualitativa documenta la replicazione virale. La de-

terminazione del genotipo di HCV è utilizzata per studi epidemiologici o nel singolo individuo per determinare la possibilità di risposta e la durata della terapia.

Genotipo 1 o 4: Peg-interferone alfa 2 B o alfa 2 A (una volta la settimana), più ribavirina 1000-1200 milligrammi al giorno per 48 settimane.

Genotipo 2 o 3: Peg-interferone alfa 2 B o alfa 2 A più ribavirina 800-1200 milligrammi al giorno per 24 settimane.

Le principali risposte terapeutiche sono: la risposta di fine trattamento con ne-

gativizzazione della viremia a fine terapia oppure una risposta virologica sostenuta con negativizzazione persistente dopo 6-12 mesi o una risposta virologica precoce con negativizzazione della viremia qualitativa o riduzione della viremia quantitativa inferiore a 2 logaritmi dopo un mese di terapia.

Recidiva: riattivazione della viremia dopo la fine della terapia o risposta transitoria con riattivazione in caso di terapia.

L'esperienza a livello della Casa Circondariale di Bologna ha preferito l'uso del pegintron con dosaggio sulla base del peso corporeo.

*CONSULENTE INFETTIVOLOGO DELLA CASA CIRCONDARIALE "DOZZA" DI BOLOGNA

AMAPI-SIMPe News

Numero unico speciale Congresso AMAPI-SIMPe
Sirmione 10-12 maggio 2007
Direttore responsabile
Luciano Ragno

Questo giornale è stato realizzato dall'Argon Media srl
Via Cassia, 701 - Roma
Tel. 0633265438
email:
argonmedia@argonmedia.it

Grafica e impaginazione:
Stefano Navarini
Stampa: Litografica via Biordo Michelotti 15 Roma

Gestione dell'infezione cronica da virus dell'epatite C. L'esperienza nei Centri penitenziari spagnoli

JULIO GARCÍA GUERRERO*

L infezione da Virus dell'Epatite C (HCV) è un problema di salute pubblica particolarmente serio. In Spagna la prevalenza si colloca nella fascia alta dell'Europa, attorno al 2%, simile a quella italiana. L'infezione da HIV in Spagna è in chiaro rapporto con l'uso di droghe per via parenterale.

I centri penitenziari spagnoli

A livello amministrativo, la Spagna è suddivisa in 17 comunità autonome con diversi gradi di autogoverno. Solo una di queste comunità (Catalogna) ha competenze in materia di gestione penitenziaria. Le altre dipendono dal Ministero degli Interni del Governo Centrale di Madrid. Dal Governo centrale della Spagna dipendono 66 prigioni che, in data 16-03-2007 ospitavano 55.828 detenuti, e dal governo autonomo della Catalogna 9 prigioni con 9.176 detenuti. Abbiamo pertanto una popolazione penitenziaria che si aggira sulle 65.000 persone, il che supone 1,45‰ della popolazione totale della Spagna.

Organizzazione dell'assistenza sanitaria:

L'assistenza sanitaria nei centri penitenziari è organizzata sostanzialmente a due livelli:

- **livello primario:** in tutte le carceri c'è un'équipe di assistenza primaria composta da medici, infermieri e ausiliari di clinica. Questa équipe s'incarica dell'assistenza medica di livello primario e porta a termine i diversi programmi di prevenzione e di promozione della salute che instaurano i servizi centrali. Tra i più significativi si può citare l'offerta sistematica di realizzazione di analisi sierologiche di HIV, HBV, HCV, HAV e Sifilide ad ogni ingresso in prigione e dopo ogni anno di permanenza nel centro penitenziario, prelievo di campioni biologici per l'analisi, vaccinazione universale contro l'epatite B e il tetano, rilevamento, controllo e trattamento dell'infezione tubercolare latente e della tubercolosi, igiene e risanamento ambientale, trattamento di tossicomanie con diversi programmi di riduzione del danno, come quelli di mantenimento con agonisti oppiacei (metadone), antagonisti oppiacei (naltrexone) e scambio di siringhe e altro. In questo livello si possono inquadrare le visite che effettuano specialisti esterni all'interno delle carceri.

- **livello secondario:** tutte le altre visite di specialisti

o le analisi di ambito ospedaliero che siano necessarie saranno realizzate negli ospedali di riferimento di ogni carcere.

L'infezione da virus dell'epatite C nelle carceri spagnole

Epidemiologia e prevalenza:

L'HCV è oggi l'infezione virale con maggior prevalenza nelle carceri spagnole. I primi dati affidabili in merito li abbiamo dal 1998, anno in cui la prevalenza di quest'infezione si calcolava nel 48,6%. Come abbiamo già detto, questa prevalenza è andata lentamente diminuendo sino a collocarsi attualmente sul 32,5% dei detenuti

Trattamento dell'HCV nei centri penitenziari spagnoli:

L'assistenza si stratifica in vari passi che, in funzione della loro complessità, richiedono la collaborazione degli specialisti ospedalieri:

1° passo: classificazione dell'infezione da HCV.

Realizzazione: nel centro penitenziario. All'ingresso nel centro penitenziario, verrà offerta a tutti i reclusi la realizzazione di sierologia del virus A, B e C dell'Epatite, la sierologia dell'HIV e la realizzazione dell'intradermoreazione di Mantoux. Si procederà alla vaccinazione anti-VHA e anti-VHB di tutti i reclusi che non presentino marcatori contro queste infezioni, con speciale incidenza nei pazienti con epatite C cronica. Tutti i pazienti che presentino sierologia HCV positiva si considereranno infettati dall'HCV e gli si deve offrire uno studio completo della malattia ed, eventualmente, il trattamento.

2° passo: diagnosi di epatite C cronica.

Realizzazione: preferibilmente nel centro penitenziario. L'epatite C cronica si definisce per: 1) sierologia anti-HCV positiva (ELISA 3ª generazione) + 2) HCV-RNA positività mediante tecnica qualitativa. Inoltre, in tutti i pazienti catalogati come infettati da RNAHCV si realizzerà una determinazione delle transaminasi epatiche ogni sei mesi.

3° passo: studio preliminare all'inizio del

trattamento.

Realizzazione: preferibilmente nel centro penitenziario. A tutti i pazienti con epatite C cronica verrà offerto il prolungamento dello studio che stabilirà l'idoneità del paziente e scarterà controindicazioni per il trattamento. Fattori da valutare per quanto riguarda l'idoneità del paziente sono la sua accettazione, il tempo previsto di permanenza in prigione, la preesistenza di una patologia psichiatrica, il consumo attivo di droghe e la presenza di controindicazioni assolute per il trattamento, come ad esempio malattie tiroidee e cirrosi scompensate, reitropatie severe o coinfezioni HIV/HCV con numero di CD4+ inferiore a 200. Inoltre a questo livello si realizza una batteria di analisi in cui si stabilisce subito il genotipo virale.

4° passo: prescrizione del trattamento.

Realizzazione: ospedale di riferimento. In questo passo si stabilisce il grado di affezione epatica con la realizzazione di ecografia e puntura-biopsia epatica.

5° passo: prescrizione e seguimiento del trattamento.

Realizzazione: nel centro penitenziario. Con le durate standard di 6 mesi per i monoinfettati con genotipi 2 e 3, e 12 mesi per i genotipi 1 e 4 e tutti i coinfezzati da HIV/HCV. Si devono realizzare controlli clinici e analitici nella settimana 2 e nella 4, e posteriormente ogni mese, con realizzazione di PCR-RNA HCV qualitativa e quantitativa nella settimana 4, nella 12, al termine del trattamento e sei mesi dopo il termine dello stesso, per valutare la risposta virale sostenuta.

6° passo: controllo degli effetti secondari del trattamento.

Realizzazione: nel centro penitenziario e nell'ospedale di riferimento.

* PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ SPAGNOLA DI SANITÀ PENITENZIARIA -CENTRO PENITENZIARIO DI CASTELLÓN (SPAGNA)

"Non siamo più disposti a rinunciare al nostro patrimonio culturale e professionale"

DI GIANNI RASPA PRESIDENTE ONORARIO AMAPI

La Medicina Penitenziaria ha come scopo di occuparsi della persona detenuta. Perché si tratta di un soggetto recluso che accusa una malattia e perché si ha a che fare con una persona privata della libertà. Questo può sconvolgere la sua esistenza e il suo modo di sentirsi che noi chiamiamo *cenestesi*, la cui variazione in peggio determina uno stato di malessere, quindi di non salute. Il Medico deve prendersi cura del detenuto sul piano psichico anche quando apparentemente risulta sano. L'impegno del Medico Penitenziario deve essere maggiore se la detenzione si accompagna ad una malattia vecchia o nuova: fenomeni psicosomatici, malattia organica o tutte e due. Occorrono preparazione medica e competenze specifiche, sociologica, criminologica, penitenziaristica. Solo così si può individuare la possibilità di un recupero sociale. C'è un ostacolo su questa strada: il rifiuto dell'Amministrazione Penitenziaria a riconoscere il ruolo centrale del Medico Penitenziario. Inoltre il rifiuto a concordare fra Amministrazione e Medici un rapporto caratterizzato non già da una deprecabile burocratizzazione del rapporto stesso ma da una valorizzazione del consolidato patrimonio culturale e professionale del Medico. I Medici Penitenziari non sono più disposti a rinunciare a tale patrimonio per inaridirsi in un lavoro dipendente ed escludente. Preferiscono che il loro impegno in carcere si affianchi all'attività professionale che svolgono all'esterno da cui trasferire quotidianamente e responsabilmente nel carcere la continuità della loro esperienza e del loro aggiornamento. Sono convinto che si possa raggiungere un accordo nonostante l'attuale stato di tensione e qualche bagliore di guerra. Bisogna riprendere la legge 740/70 ammodernandola e adeguarla all'oggi, senza tradire i principi di liberalità e credibilità che l'hanno caratterizzata.

Passeggiando per Sirmione fra storia e natura

Grazie alla sua felice posizione naturale, la penisola di Sirmione è stata luogo privilegiato di insediamento fin dall'antichità. Ancora oggi conserva numerose attestazioni della sua lunga e ininterrotta storia, con una densità che raramente si riscontra in altri centri abitati

LE GROTTE DI CATTULO

Sulla costa meridionale del lago di Garda, all'estremità della penisola di Sirmione, si trovano i resti della villa romana nota da secoli con il nome di "Grotte di Catullo", l'esempio più grandioso di edificio privato di carattere signorile di tutta l'Italia settentrionale. Nel Rinascimento il nome di "grotte" o "caverne" fu usato per strutture internate e crollate, ricoperte di vegetazione, entro le quali si penetrava come in cavità naturali. La tradizione risale al XV e XVI secolo ha identificato questo complesso come la villa di famiglia di Catullo, il poeta latino morto nel 54 a.C. In base alla testi-

monianza dei versi di Catullo è certo che egli avesse a Sirmione una residenza, ma che fosse proprio in questa zona è soltanto possibile. Sirmione apparteneva all'agro veronese ed è nota nel mondo antico anche per essere stata una stazione di sosta (mansio) lungo l'importante via che univa Brescia a Verona. La prima rappresentazione dettagliata dei resti della villa è un rilievo dell'inizio dell'Ottocento. Indagini recenti hanno consentito di accertare l'esistenza di un precedente edificio al di sotto dei vani del settore meridionale e di confermare che la costruzione attualmente in luce è stata realizzata con un progetto unitario che ne ha definito l'orientamento e la distribuzione degli spazi interni, secondo un preciso criterio di assialità e di simmetria.

Nuovi giunti. Racconti dal carcere



È in libreria "Nuovi giunti - Racconti dal carcere" di Francesco Berté con la presentazione di don Antonio Mazzi. Un libro di stringente attualità. Il carcere ospita una porzione di Società composta da persone selezionate loro malgrado. Non per meriti speciali, ma per attività criminosa. "Nuovi giunti" è l'espressione carceraria designante chi si appresta a varcare la soglia della prigione.

Ed è già una definizione che palesa l'approdo in un mondo diverso. I nuovi giunti vengono fotografati, catalogati, visitati, ingabbiati. E lasciati soli. Come trascorrono le loro giornate? Cosa pensano? Cosa fanno? Cosa vogliono? Questa è la loro storia.

Nuovi Giunti

Editrice Monti - editrice@padremonti.it
pp114. Euro 14,00

IL CASTELLO

Nel XIII secolo Sirmione diviene uno dei punti del sistema di fortificazione scaligero con la costruzione del Castello ad opera probabilmente di Mastino I della Scala. Nello stesso periodo è rifugio degli eretici Patarini, condannati poi al rogo a Verona (1278). La funzione di controllo e di difesa, assunta in età tardoromana, continuerà sino al XVI secolo, quando nel ruolo di centro fortificato del basso lago viene sostituita da Peschiera. Il Castello rimarrà sino alla metà dell'Ottocento sede di guarnigione militare.

testo e foto tratti dal sito: www.sirmioneonline.net

