

AIDS e carcere.

L'infezione da HIV nelle carceri continua a costituire un motivo di seria preoccupazione.

Si stima che circa 35 milioni siano le persone sieropositive per HIV nel mondo. L'Africa sub-sahariana rimane l'area più colpita con una percentuale di donne più elevata rispetto agli uomini.

Alla fine del 2010, più di 6 milioni di persone avevano accesso alla terapia antiretrovirale.

Il primo caso di AIDS in carcere in Italia è stato diagnosticato nel 1982 a Livorno. Il secondo caso presso il Centro Clinico Giuseppe Furci di Pisa nel 1983.

Occorre una considerazione preliminare.

Negli ultimi anni sembra che l'interesse per l'AIDS si sia in qualche modo affievolito sia a livello di mass media che di comunità scientifica che di istituzioni preposte a mantenere alto il livello di guardia.

L'AIDS non fa più notizia sui mezzi di comunicazione con il risultato di una pericolosa perdita di attenzione da parte dell'opinione pubblica.

La malattia in tutta la sua complessità purtroppo esiste ancora e la sua rilevanza epidemiologica continua ad essere di assai rilevante importanza, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo dove rappresenta una vera e propria calamità.

Se il trend delle infezioni continua come oggi, l'Unicef stima un aumento del 60% dei nuovi casi di Hiv fra gli adolescenti entro il 2030.

Di AIDS per fortuna si muore sempre meno, ma i nuovi casi sono in aumento da diversi anni in tutta Europa e l'Italia non è da meno.

In riferimento ai dati presentati di recente durante l'Italian Conference on Antiviral Research, nel nostro Paese sono 150.000 le persone che convivono con un'infezione da HIV.

Moltissimi pazienti inoltre scoprono con grande ritardo di essere malati, con maggiori rischi per la salute e più opportunità di diffondere a propria volta il virus.

L'età media è di 39 anni per i maschi e di 35 per le femmine.

L'incidenza è maggiore al centro-nord rispetto al sud-isole.

Rispetto a 20 anni fa, oggi si infetta un minor numero di persone (circa 4000 l'anno), ma è molto più elevato il numero dei sieropositivi per effetto della maggior sopravvivenza legata alle terapie più efficaci.

Con l'occasione la Lila (Lega Italiana per la lotta all'AIDS) ha promosso nelle sue sedi una campagna di test gratuiti, anonimi e rapidi (i moderni test salivari forniscono una risposta in soli 20 minuti).

In Italia le nuove diagnosi di Hiv nel 2015 sono state 3.444, in lieve calo rispetto ai 4.183 nel 2012, 3.845 nel 2013 e 3.850 nel 2014.

In Europa una persona con Hiv su 7 non sa di essere stata infettata.

In Italia un individuo su 6 con Hiv non è a conoscenza del proprio stato.

L'AIDS nelle carceri deve essere configurato come un'emergenza sanitaria.

E' un problema che riguarda da vicino ciascuno di noi, molto più di quanto possiamo

immaginare.

E' soprattutto importante che le persone colpite dall'infezione da HIV non si sentano emarginate e che alla sofferenza prodotta dalla malattia non si aggiunga il dolore e l'umiliazione dell'isolamento come avviene purtroppo inevitabilmente nelle strutture carcerarie.

Del resto il carcere si configura come una sorta di frontiera ultima dove si riflettono, si acuiscono e spesso si drammatizzano gli stessi problemi che sovrastano la società libera. L'infezione da HIV nell'ambito delle strutture penitenziarie si caratterizza ormai per la sua allarmante incidenza e per il particolare, drammatico coinvolgimento che l'ambiente e i detenuti subiscono.

Il Premio Nobel per la Medicina Rita Levi Montalcini in occasione del Congresso Internazionale di Pisa del 1995 ha lasciato cadere parole che pesano come macigni:-
" L'AIDS in carcere deve essere considerata ormai un'emergenza sanitaria nella quale il diritto alla cura e alla salute del malato deve prevalere sulle ragioni della custodia."

Nonostante la diffusione dell'HIV tra i detenuti, oggi la convivenza con le persone sieropositive genera meno timori e meno stigma di un tempo.

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

La principale via di trasmissione è rappresentata dai contatti sessuali non protetti(eterosessuali, omosessuali), che tuttavia non vengono sufficientemente percepiti come a rischio, in particolare dalle persone di età matura.

E' necessario non abbassare nel modo più categorico la guardia .

L'informazione seria e qualificata rappresenta uno strumento strategico nell'attuale fase dell'epidemia.

Strutture e comportamenti a rischio: bisogna riferirsi a:

1. Esiguità degli spazi a disposizione
2. cronico sovraffollamento
3. eterogeneità di provenienza dei detenuti, soprattutto dall' Africa
4. uso promiscuo di oggetti e servizi
5. forte incidenza di tossicodipendenti, travestiti, transessuali e prostitute
6. omosessualità
7. pratica dei tatuaggi e piercing

Con il passaggio nel 2008 della Medicina Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale non sono da allora più disponibili dati inerenti i pazienti HIV detenuti su scala nazionale, fino ad allora resi disponibili con regolare puntualità dall'Amministrazione Penitenziaria.

Studi osservazionali condotti di recente su campioni significativi di popolazione detenuta orientano verso il 5% che rappresenta comunque un dato oltre 20 volte superiore a quello rilevato nella popolazione generale.

Il numero complessivo(2500-3000) è certamente sottostimato, anche perché solo il 35/40% dei detenuti nuovi giunti si sottopone al test all'ingresso.

Esiste, pertanto, un preoccupante sommerso.

Ma chi è in fondo il detenuto malato di AIDS?

La maggior parte è tossicodipendente.

Molti sono extracomunitari.

Alcuni sono omosessuali, prostitute, transessuali e travestiti.

Una fetta di umanità sofferente.

Provengono quasi tutti dagli strati sociali più deboli ed emarginati.

L'AIDS fin dall'inizio è stata la malattia dei diversi:

tossicodipendenti, omosessuali, prostitute, persone con comportamenti sessuali non considerati normali.

E quindi nella percezione e nell'immaginario collettivo è diventata la malattia che ghermisce chi ha comportamenti devianti.

Tutto questo tranquillizza i cosiddetti normali, poiché li induce a pensare che essi siano immuni dal virus.

E qui si sbagliano, perché anch'essi sono a rischio di contagio dell'infezione.

La maggiore criticità evidenziata dalle ricerche condotte sul campo è la quasi completa assenza di informazioni sul periodo d'incubazione e sull'intervallo finestra.

Ad aggravare il problema è la mancanza di conoscenza di un'altra caratteristica della malattia, ossia il fatto che per effettuare il test per l'HIV è necessario, affinché esso sia attendibile, attendere 6-8 settimane dopo il momento in cui può essere avvenuto il contagio.

Al detenuto sieropositivo per HIV dovranno essere fornite tutte le informazioni necessarie a scongiurare la possibile trasmissione del virus:

1. evitare lo scambio di oggetti da toilette (pettine, spazzolino da denti, forbicine)
2. evitare rapporti sessuali non protetti;
3. evitare lo scambio di siringhe;
4. evitare gesti di autolesionismo;
5. evitare i tatuaggi;

In relazione ai permessi di cui usufruiscono i detenuti, appare opportuno ricordare che il Medico Penitenziario ha il dovere professionale di informare adeguatamente i soggetti sieropositivi per HIV della pericolosità di un loro comportamento scorretto verso la salute degli altri ed anche delle conseguenze penali di un tale comportamento (delitto di contagio).

Si avverte più che mai la necessità di garantire la tutela della salute in carcere e di scongiurare il propagarsi del virus con danni che potrebbero risultare ancora più gravi della stessa carcerazione.

Bisogna veicolare le seguenti direttive a cui il Responsabile del Presidio Sanitario Penitenziario deve uniformarsi:

A) Attraverso un incisivo consenso informato bisogna sottoporre i detenuti al test

all'ingresso. Giova ricordare che in base alla legge n°135 del 5/06/1990, nessuno può essere sottoposto al test in questione senza il suo consenso, se non per necessità clinica nel suo interesse.

Il consenso da parte del detenuto al test dovrà essere sottoscritto mediante firma nell'apposito spazio della cartella clinica.

E' necessario sottoporre a nuovo esame con cadenza semestrale i soggetti appartenenti a categorie a rischio per infezione da HIV (tossicodipendenti, omosessuali, prostitute).

Bisogna scongiurare trasferimenti improvvisi di Giustizia, disciplinari o di sfollamento che possono essere inoltre causa di interruzione di programmi assistenziali, di trattamento, terapeutici.

Occorre mantenere la riservatezza sia sulle proprie condizioni di salute sia sui normali atti di vita quotidiana.

B) Bisogna contemplare la richiesta di supplemento vitto in conformità della circolare emanata dal DAP, riservandosi di chiedere farmaci integratori al competente Ufficio dell'USL.

C) Implementare costantemente l'attività motoria in palestra.

D) In caso di seria compromissione delle condizioni generali di salute deve essere richiesto il ricovero presso il Reparto di Malattie Infettive.

E) Bisogna predisporre un'informazione rigorosamente scientifica attraverso riunioni con la distribuzione di opuscoli.

Politica di riduzione del danno.

Gli obiettivi di un corretto intervento nel campo dell'assistenza ai detenuti sieropositivi per HIV dovrebbero essere i seguenti:

- Limitazione estrema del fenomeno della tossicodipendenza negli istituti penitenziari.
- Individuazione dei soggetti sieropositivi per HIV attraverso un incisivo consenso informato con l'effettuazione del test all'ingresso.
- Formazione specifica del personale sanitario, trattamentale e di polizia penitenziaria.
- Monitoraggio nel tempo dei soggetti sieropositivi per HIV e di quelli negativi a rischio.
- Sistemazione ed organizzazione logistica idonea con somministrazione della terapia antiretrovirale personalizzata e controllata.
- Definizione delle modalità di gestione coordinata da parte dell'Unità operative AIDS e Medicina Penitenziaria.
- Stabilire un'efficace continuità con le strutture sanitarie esterne a cui poter fare riferimento dopo la riammissione in libertà.
- Ridimensionare le paure immotivate e la discriminazione contro le persone sieropositive per HIV.

Venti anni fa una diagnosi di infezione da HIV era una condanna.

Ma in 2 decenni la situazione è cambiata radicalmente, e grazie a farmaci sempre più efficaci, i nuovi antiretrovirali capaci di tenere sotto controllo la replicazione del virus, oggi l'aspettativa di vita dei pazienti ha praticamente raggiunto quella della popolazione generale.

E se negli anni '80 si lottava con polmoniti batteriche e sarcomi, e altre patologie gravi legate all'AIDS, oggi a preoccupare sono disturbi d'altro tipo: diabete, ipertensione, osteoporosi, malattie cardiovascolari, demenze.

Le cosiddette comorbidità, malanni tipici di una popolazione che invecchia, che nelle persone con HIV però sono più frequenti e insorgono più precocemente.

Si stanno sperimentando alcune strategie innovative.

Tra queste l'attività fisica.

Diversi studi negli ultimi anni hanno dimostrato come l'attività fisica abbia un potente effetto antinfiammatorio.

Seppur sopito per effetto dei farmaci, il virus dell'HIV è infatti sempre presente nell'organismo dei pazienti, e questo provoca un'inflammatione cronica che danneggia organi e tessuti.

E' per questo che l'esercizio fisico potrebbe essere di grande aiuto.

E' importante portare a conoscenza che il paziente ha la possibilità di avere comunque un sostentamento economico richiedendo, in base alla sua situazione di salute, un assegno di invalidità civile o un sussidio sostitutivo.

Se si assumono farmaci antiretrovirali è più importante avere una nutrizione specifica e corretta, in quanto essi possono causare cambiamenti nella modalità di metabolizzazione, utilizzo e immagazzinamento di alcune componenti, in particolare il grasso.

Dal momento che i 3,95 Euro che lo Stato riconosce per il vitto giornaliero sono assolutamente insufficienti, si rende necessario mettere a disposizione il corrispondente di un supplemento vitto, integrando quanto sopra e prevedendo bibite iperproteiche con vitamine e sali minerali.

In definitiva si potrebbe fare analogia con l'equiparazione al vitto ospedaliero.

Il supplemento vitto riconosciuto al momento attuale dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (2 fette biscottate con marmellata e burro la mattina e la fettina di carne a pranzo rimane ancora insufficiente).

Ai Medici Penitenziari spetta un compito arduo e complesso:

consentire ai detenuti sieropositivi per HIV un rinnovato stile di vita, mantenendo almeno una piccola quota di progettualità.

Perché per il malato di AIDS in carcere la sofferenza più insidiosa può essere rappresentata dalla perdita della speranza.

Come vive in carcere?

Di fronte all'AIDS in carcere forti ed espliciti sono i tentativi di far scattare il meccanismo dell'imputazione, della criminalizzazione e dell'emarginazione.

La sofferenza psicologica provocata dall'AIDS in carcere risulta atroce, quando essa si manifesta nei suoi vissuti più gravi.

Si ha l'annuncio gridato dal corpo di una morte obbligata e vicina.

Inesorabile .Nascosta dietro l'angolo.

L'AIDS in carcere esprime sofferenza, bisogno, inquietudine e soprattutto emarginazione.

Il malato di AIDS è due volte detenuto: dal carcere e dalla malattia.

In carcere inevitabilmente si viene a realizzare una valanga capace di travolgere tutta la vita del detenuto, evocando paura , terrore, panico, trascinando ben presto alla depressione, alla rinuncia, al suicidio.

Atterrito dalla malattia e dalla morte, in carcere il detenuto malato di AIDS richiede attenzione chiede relazione umana, perché in fondo il sentimento costante è il suo vissuto di disperata solitudine.

Il detenuto malato di AIDS 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 all'assistenza e perdita di speranza.

L'AIDS è ormai una valanga capace di travolgere tutto: il corpo, l'anima, i pensieri.

Il vissuto di malattia.

Nella puntualizzazione delle varie fasi della crisi psico-fisica ed esistenziale che coinvolge un malato di AIDS, risulta pertinente l'elaborazione compiuta da Stuart Nichols con la distinzione in 3 fasi:

A)Crisi iniziale: risulta contraddistinta da paura ed ansia, depressione, rabbia, frustrazione, colpa, ipocondria e disturbi ossessivi.

B)Stadio di transizione: alla negazione, tipica della fase iniziale, sostituiscono rabbia, vergogna, autocommiserazione e angoscia.

Inizia un periodo di stress, confusione e catastrofe.

C)Stadio difettuale: subentrano deficit cognitivi, disturbi neurovegetativi, cambiamenti di personalità e comportamenti impulsivi.

Il processo di morire di AIDS è di per sé vissuto come un'esperienza terribile.

La condizione indegna in cui avviene il trapasso, la perdita del controllo fisiologico, le lesioni sfiguranti e il dover dipendere totalmente da altri sono i fantasmi che disturbano la mente di questi soggetti.

La malattia in sé, con la sua molteplicità di manifestazione, provoca la perdita di energia, di bellezza estetica, controllo e indipendenza.

La vita a questo punto è sofferenza.

Viene a mancare irrimediabilmente tutto.

Manca soprattutto la progettazione, manca il futuro.

L'Aids è ormai una valanga in grado di travolgere tutto: il corpo, l'anima, i pensieri.

Vengono recisi tutti i legami.

Prevarica l'obbligo del non pensiero.

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

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

Il malato di AIDS non ha futuro dietro le sbarre.

Il malato di AIDS non deve entrare in carcere perchè gli effetti sconvolgenti e stressanti della carcerazione vengono a ripercuotersi sul corredo immunologico con conseguenze devastanti sulla evoluzione della malattia.

L'AIDS nelle carceri va configurato come un'emergenza sanitaria.

I diritti dell'uomo-detenuto costituzionalmente garantiti, vanno salvaguardati.

L'AIDS è un problema che riguarda da vicino ciascuno di noi, molto più di quanto possiamo immaginare.

L'AIDS in carcere evoca soprattutto fantasie di aggressività e di morte.

In queste condizioni il detenuto si sente inesorabilmente in trappola, senza una via di uscita, senza scampo. Sente di essere in balia di un evento minaccioso, ignoto, difficilmente controllabile, che non può che indurre sentimenti di disperazione e di solitudine.

La scoperta, e succede spesso, di essere sieropositivi in carcere oppure di avere una sintomatologia che dopo vari accertamenti porta ad una diagnosi di "sindrome HIV-correlata", rappresenta un'esperienza catastrofica, un terremoto emotivo, il quale, in assenza di un adeguato supporto, può avere conseguenze irreparabili.

Il contesto diventa più distruttivo e si configurano strategie interiori di occultamento, di mimetizzazione, di evitamento, di fuga, di silenzio, di pericolo.

L'AIDS soprattutto in carcere evoca sentimenti di colpa e punizione, di accusa ed espiazione, di maledizione e vergogna.

Nel detenuto sieropositivo prende corpo il disvalore costitutivo, l'impotenza, l'incapacità di strutturare un percorso esistenziale e relazionale produttivo di tranquillità e sollievo.

Sofferenza provocata dall'AIDS.

Secondo Paolo Rigliano essa si manifesta nelle sue espressioni e nei suoi vissuti più gravi in carcere:

-la pervasività spaziale e relazionale :il dolore occupa ogni spazio, momento, relazione e rischia di inquinare ogni parola, gesto ed emozione.

Ogni cosa accade sotto il suo segno e trova nella sieropositività il proprio limite.

-la persistenza sempre e dentro di sé:il dolore viene da una fonte interna, identificata nel sé che è violentemente cambiato dalla sieropositività.

-la messa in revoca del tempo e del futuro, con l'alterazione del flusso dell'esistenza e il blocco del naturale progettare, che ci consente di non farci travolgere dal tempo

stesso.

Lo scacco delle relazioni: esse non sono più possibili.

Lo schiacciamento su un significato negativo di sé sulla base e a causa del proprio passato sbagliato.

E' la vita letta sotto il segno della sventura.

La ricerca di una causa o di una finalizzazione.

La dipendenza dal passato: l'esserne schiavi sancisce e giustifica la riconferma di un destino di sofferenza senza rimedio che apre sul nulla.

La partecipazione alla propria distruzione.

Per il detenuto malato di AIDS che esce dal carcere è stato fatto veramente poco, troppo poco.

Dimessi dal carcere, si sono ritrovati abbandonati sui marciapiedi o sotto i ponti delle città.

Non esistono le case-alloggio.

Non esistono i reparti ospedalieri prefigurati dalla Legge 222/93.

Continuano a mancare le strutture intermedie tra il carcere e la società per chi non ha la fortuna di poter contare almeno su una famiglia.

Di fronte a tutto ciò cosa bisogna fare?

- Divulgare una corretta, responsabile informazione nelle carceri;
- Cercare di convincere il detenuto attraverso il consenso informato ad effettuare il test all'ingresso;
- Rendere più agevoli i benefici di legge;
- Adeguare il vitto a quello ospedaliero;
- Potenziare i Centri Clinici per facilitare gli accertamenti diagnostici;
- Superare le attuali difficoltà per i ricoveri esterni;
- Rendere finalmente operativi i reparti ospedalieri;
- Rendere più incisiva la metodica della riduzione del danno anche attraverso la distribuzione di profilattici e di materiale per la disinfezione;
- Organizzare spazi sociali, ricreativi, palestre;
- Concedere un maggior numero di ore d'aria;
- Allestire centri di accoglienza e case alloggio per ospitare i detenuti malati di AIDS dimessi dal carcere.

Intorno al 1990 la cella 46 del Centro Clinico Don Bosco di Pisa è divenuta la sede simbolo per le legittime rivendicazioni dei malati di AIDS:

1. benefici di legge per il riconoscimento di pene alternative;
2. tutela della privacy;
3. tabelle vittuarie più adeguate allo stato di malattia

"La nostra vita è un inferno. 24 ore sono lunghe dentro la cella, stesi sul lettino a pensare che ogni giorno che passa è un giorno meno di vita. No, non voglio morire in questa squallida cella nella più totale indifferenza."

Pisa e Torino diventano sedi di Sezione Prometeo per i malati di AIDS con l'organizzazione di specifiche strutture per una gestione a custodia attenuata. L'Associazione dei Medici Penitenziari (AMAPI) per richiamare l'attenzione, del mondo politico, scientifico e sociale, per sensibilizzare l'opinione pubblica ha organizzato a Pisa tre Congressi Internazionali con la precipua finalità d'illuminare quella intensa zona d'ombra che è il carcere, onde restituire dignità all'uomo detenuto a tutela del diritto inalienabile alla salute.

A) AIDS e carcere: i diritti dell'uomo e la Medicina Penitenziaria.
Pisa 29-30-31 Maggio 1992

B) L'AIDS in ambiente penitenziario. Esperienze e prospettive.
Pisa 3-4 Marzo 1995

C) L'AIDS in carcere : diritti, doveri, responsabilità, solidarietà.
PISA 14/15 Giugno 1996

Dalla testimonianza di un detenuto del Centro Clinico "Giuseppe FURCI" di Pisa.

Sulla nostra pelle.

"Eccomi qua di fronte ad un foglio bianco, ultimamente unico confidente delle mie angosce e delle mie paure .

Mi trovo rinchiuso in carcere per pagare il mio conto verso la società che io ho offeso. Presto avrò finito di pagare questo debito, ma ben altre nubi oscurano la mia mente.

Infatti come molti altri, ho un conto da pagare a me stesso.

Sono un ammalato di AIDS in attesa di giudizio, ma non quello legale, bensì di un giudizio che arriverà da solo, quando sarà purtroppo il momento.

Questo comporta la consapevolezza di vedere vanificati gli sforzi per poter ricominciare una vita normale.

Anche all'interno del carcere questo peso lo senti magari negli sguardi degli altri detenuti costretti a viverti accanto.

Mi terrorizza veder cambiare il corpo.

Giorno dopo giorno qualcosa in me viene meno ,anche la dignità ,perchè questa malattia non ha la dignità di altre malattie.

In ciascuno di noi si fa strada un'assurda,terribile speranza,quella che il Medico ti possa annunciare l'aggravamento della malattia, perché tutto ciò può significare libertà oltre le sbarre.

Sono circa 5 notti che non riesco a dormire.

Di colpo, mentre sono assorto, i miei pensieri si dirottano verso la morte, ma non in termini fastidiosi, anzi essa mi appare come un'amica che prima o poi devo incontrare. Forse molto presto!

*Vorrei soltanto non soccombere in modo disonorevole.
Sento il mio fisico scivolare, deformarsi mentre la mia mente si offuscherà.
Ho due figlie e una compagna.
Avverto il terrore di non avere il tempo sufficiente per ritornare tra di loro e dire quanto le amo.
Oggi sono venuto a conoscenza che è morto di AIDS un mio carissimo amico in un altro carcere.
Addio Paolo o forsea presto!"*

Da una testimonianza che affonda nella lucida ,impietosa coscienza della solitudine e dell'emarginazione.

*"In tutta sincerità avrei preferito avere il cancro.
Avrei avuto così i giorni contati per un male nobile, davanti al quale si tace provando rispetto .
Sapendo di dover morire, avrei vissuto fino in fondo concedendomi le cose alle quali ho finora rinunciato nell'attesa di un presente migliore.
Avrei gustato la vita, avrei ascoltato la morte imparando a stabilire con lei un dialogo senza paura.
Avrei potuto scoprire il mistero di una morte forse ingiusta, ma pulita nella sua feroce verità.
Invece ora mi trovo ad avere paura della paura degli altri.
Ho paura soprattutto di cogliere il loro repentino mutamento, di vedere sulle loro facce il rifiuto, di leggere nei loro occhi l'imbarazzo.
Mi vedo diventare tutto d'un tratto oggetto di disprezzo oppure di pena se l'altro riesce a tener conto a tener conto almeno della mia umanità.
L'AIDS è questo e soltanto questo.
Io non so quanto ancora vivrò.
Qualcuno mi consiglia di sperare forse nel tempo, forse.....nella follia."*

*"Mi sforzo di sopravvivere all'AIDS in carcere -mi diceva un giorno un detenuto- una malattia orribile che è peggiore delle peggiori galere.
La galera è sofferenza, ma una malattia come l'AIDS che non ha termine e che ti pone l'imprevisto della morte con pochissime possibilità di salvezza, penso che sia di lunga peggiore.
La libertà diventa a questo punto troppo bella e nello stesso tempo troppo lontana.
Io amo la vita, ma con tanta difficoltà specialmente quando il mondo ti è ostile perchè sei un sieropositivo. "*

Di fronte al dilagare dell'AIDS è fuori luogo ogni atteggiamento contraddistinto dall'impotenza.

Ciascuno di noi, iniziando dai piccoli gesti quotidiani, può essere di sostegno all'altro.

E quale circostanza è più attuale, più dolorosa, più drammatica dell' AIDS per esercitare, per concretizzare il nostro spirito di solidarietà?

In tali momenti particolari, la vita non ha soltanto ragioni che possono essere dette ma anche lampi di forza, occasioni profonde di tranquillità e di conoscenza di sé e dell'altro.

Bisogna apprendere l'umiltà di accogliere e valorizzare molteplici soluzioni sempre immaginando che nulla può bastare, che l'insufficienza sarà possibile e la scelta ad essere insieme anche nel dolore, per neutralizzarlo, per superarlo.

Anche se stando vicino ad un malato di AIDS tante volte, troppo spesso non è possibile rintracciare ragioni e risposte, ci si può impegnare ad aprire piccole isole positività e ad accompagnare l'altro nell'attraversare sino in fondo la sofferenza e la necessità del momento, avendo come garanzia solo la nostra disponibilità a stare accanto per costruire al di là del malessere.

Bisogna necessariamente recuperare il valore dei momenti e degli incontri che donano significato.

Allora è come se la vita umana ritrovasse le sue basi, le sue necessità quasi biologiche. Non vogliamo, né dobbiamo apparire migliori di quello che siamo, ma l'impegno sul tema dell'emarginazione lo sentiamo come un dovere verso quelle persone che direttamente o indirettamente vivono il dramma dell' AIDS.

Gli studi e le terapie degli ultimi anni hanno consentito di migliorare fortemente la prognosi delle persone affette da infezione da HIV.

Non, però, bisogna abbassare in alcun modo la guardia.

In particolare è migliorato il decorso della malattia e anche la qualità di vita dei soggetti sieropositivi, e quindi gli aspetti psicologici correlati.

Nonostante ciò, la malattia è lungi dall'essere sconfitta e la scoperta di essere sieropositivi per l'infezione da HIV ancora oggi rappresenta un'esperienza molto stressante, una catastrofe emotiva.

Con il recente miglioramento dell'efficacia delle terapie farmacologiche è evidente che il prolungarsi di questa fase sta progressivamente trasformando, anche nel vissuto psicologico dei pazienti, l' AIDS da malattia letale a rapida evolutività, in patologia più o meno invalidante, tendenzialmente cronica.

Dobbiamo essere in grado di contribuire al formarsi di una rinnovata visione dell'uomo, dando voce e ponendo ascolto ai silenzi provocati dall' AIDS.

Il malato di AIDS non può stare in carcere perché ciò rappresenta una lesione al diritto alla salute e allo stesso senso di umanità.

La Medicina non può avere limitazioni neppure dietro le sbarre di un carcere, ma deve rispondere ovunque e sempre al bene supremo della vita.

Dalla tossicodipendenza si può e si deve uscire: dalla sieropositività oggi non si può uscire, perciò bisogna che tutti, ognuno facendo la sua parte, ci assumiamo l'impegno di evitare che ci si entri.

Non dobbiamo, non vogliamo sentire dire che in fondo non possiamo farci nulla.

Prof. Francesco Ceraudo

Già Presidente dell' ASSOCIAZIONE NAZIONALE dei MEDICI
PENITENZIARI (AMAPI)

La presente relazione tratta dal libro : **UOMINI COME BESTIE. IL MEDICO degli ULTIMI-** (EDIZIONI ETS-PISA 2019) trova la sua attualità oggi 1 Dicembre, giornata dedicata a richiamare le gravi problematiche rappresentate dall' AIDS.

L'incombenza assoluta dell'infezione da COVID 19 al momento attuale non deve far passare in seconda fila la gestione dei detenuti affetti da AIDS.
In tali frangenti si impone l'acquisizione di un beneficio di legge.