

L'ALCOOLISMO NELLA ISTITUZIONE CARCERARIA

*Indagine criminologica e tossicologica
sulla popolazione carceraria di Padova (*)*

S. D. FERRARA — F. INTRONA — M. TANTALO

1. — PREMESSA

Prima di procedere all'illustrazione dei dati, ricordiamo la « premessa » (Allegato n. 1) in base alla quale è stata proposta l'attuale ricerca che è stata articolata su tre fondamentali ipotesi di lavoro:

1) dimostrazione dell'eventuale rapporto fra uso inadeguato dell'alcool e criminalità (ipotesi criminologica);

2) dimostrazione della incidenza della « patologia alcool-correlata » (P.A.C.) in una popolazione carceraria (ipotesi clinica);

3) in caso di risultato positivo sul punto n. 2, verifica del ruolo della istituzione carceraria (con i problemi di promiscuità e di difficoltà psicologiche individuali che essa comporta) nella induzione all'uso inadeguato dell'alcool (Allegato n. 2).

In caso di risultato affermativo sui tre punti, la ricerca è stata impostata in modo da identificare i mezzi di intervento con finalità preventive e curative.

La ricerca prende altresì a riferimento l'elevato consumo di alcool in Italia (13,7 litri di alcool anidro per abitante

(*) Ricerca effettuata per conto del Ministero di Grazia e Giustizia dai professori: FRANCESCO INTRONA, ordinario di medicina legale e direttore dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Padova; MARIO TANTALO, incaricato stabilizzato di antropologia criminale associato nell'Università di Padova; SANTO DAVIDE FERRARA, incaricato di medicina legale e delle assicurazioni dell'Università di Padova; con la collaborazione di M. BANFI, G. CIRASO e C. RAGO.

nel 1980) ed i livelli di rischio di P.A.C. a seconda del consumo (80 gr/die di etanolo provocano *delirium tremens* nel 10 % dei casi; cirrosi epatica nel 42 % dei casi; cancro esofago nel 77 % dei casi).

Più esattamente si può stimare che il rischio digestivo è a livello di 20-40 gr/die ed il rischio neuropsichiatrico è a livello di 60-80 gr/die.

È da considerare anche che la frequenza dei « forti bevitori » in Italia è stimata come pari al 7 % della popolazione sopra i 15 anni di età (1-2 % in U.S.A., Danimarca, Svezia, Norvegia, Olanda; 3 % in Austria e Belgio; 4 % in Australia, Germania Federale, Portogallo, U.S.S.R, Spagna; 7 % in Cile, Finlandia, Polonia, Inghilterra; 9 % in Francia e Brasile; 14 % in Cecoslovacchia; 20 % in Irlanda, Jugoslavia, Argentina) (1).

Fra i detenuti i dati sono molti variabili nei diversi Paesi a seconda delle differenze di legislazione e dei metodi di rilevamento. Secondo alcune stime i forti bevitori in questa categoria sono il 50 % in Polonia ed Australia; dal 36 % al 46 % in Francia; il 27 % in Jugoslavia; il 18 % in Inghilterra; lo 0,7 % in India (1).

Quanto ai ricoveri ospedalieri per psicosi alcoliche e/o alcoolismo cronico sono, in Italia, pari a 7 su 100.000 abitanti sopra i 15 anni e la mortalità per cirrosi epatica (assunta come indizio di abuso d'alcool) è pari al 47,6 su 100.000 maschi e 18,1 su 100.000 femmine (1974) (1).

I rapporti fra criminalità ed alcoolismo sono intuibili ma difficilmente dimostrabili nel singolo caso concreto perché una prova in merito può ottenersi solo con l'esame clinico ed alcoolimetrico dell'autore di reato subito dopo il reato medesimo e comunque prima che l'alcool sia stato metabolizzato. Pur con questi limiti, le ricerche in materia sono significative e MULLER (2) ha riscontrato, in un gruppo di detenuti, che l'alcool era stato all'origine del delitto nel 30 % dei casi dando luogo a delitti sessuali (85 % degli etilisti detenuti) a delitti contro la vita e l'incolumità individuale (25 %) ed a delitti contro il patrimonio (30 %). Alcuni etilisti avevano commesso più reati di diverso genere.

HEUYER (2) attribuisce all'alcoolismo il 20 % dei furti, il 30 % dei delitti sessuali, il 60 % degli omicidi volontari, l'80 % dei reati di incendio, il 75 % dei delitti di lesioni per-

sonali. KINBERG (2), per la Svezia, attribuisce all'alcoolismo l'85 % degli omicidi ed il 74,7 % delle lesioni personali.

BORMEFÉY (2), ha riscontrato la frequenza dell'alcoolismo nella misura del 66 % fra i soggetti privati della patria potestà, del 58 % fra i responsabili di maltrattamenti a danno di minori, del 100 % fra i responsabili di omicidio a danno di minori.

Da una casistica dell'Istituto di Medicina Legale di Lillè (MULLER) (2) l'alcool risulta all'origine del 50 % degli omicidi volontari, del 77,9 % delle lesioni personali, dell'88 % dei delitti sessuali. Circa il grado della ubriachezza fra i responsabili dei delitti di lesioni personali, i valori alcoolemici sono risultati i seguenti:

fra 0 e 0,5 %	=	4 casi
da 0,6 a 1 %	=	7 casi
da 1,01 a 1,5 %	=	25 casi
da 1,6 a 2 %	=	34 casi
da 2,01 a 2,5 %	=	40 casi
da 2,6 a 3 %	=	20 casi
da 3,01 a 3,5 %	=	9 casi
da 3,6 a 4 %	=	3 casi
oltre 4 %	=	3 casi

Questa ricerca è stata condotta su 189 autori di reato, 170 dei quali erano qualificabili come « alcoolisti cronici ».

WOLFGANG (2) ritiene che nei due terzi dei delitti di omicidio volontario, la vittima o l'omicida o entrambi siano sotto l'influenza dell'alcool. A tal riguardo merita segnalazione l'art. 11 della legge francese del 15 aprile 1954 (e successive modificazioni) il quale autorizza gli agenti della polizia amministrativa e della polizia giudiziaria a fare eseguire « accertamenti medici, clinici e biologici destinati a dare prova della presenza dell'alcool nell'organismo quando ritengono che il *delitto*, il *crimine* o l'accidente sia stato commesso o causato sotto l'influenza di uno stato alcoolico... In tutti i casi in cui è possibile, tali accertamenti devono essere eseguiti anche sulla vittima ».

Nell'ambito di analoghe ricerche italiane, STILO (2) ha esaminato 300 soggetti, distinti in bevitori occasionali (non etilisti) e bevitori abituali (etilisti), ed ha riscontrato un 4 % di condanne fra i primi ed un 50 % di condanne fra i secondi.

In particolare, i reati degli etilisti riguardavano rissa e percosse (16,77 %), lesioni personali (11,33 %), sfregio (1,33 %), uxoricidio, concorso in omicidio, minaccia a mano armata, violenza privata (0,66 % per ciascuna voce), furto (6,66 %), associazione per delinquere (5,32 %), diserzione (1,33 %), violenza carnale (2,66 %).

CITTERIO e DELLA ROVERE (2) hanno esaminato un gruppo di 105 alcoolisti cronici responsabili di reati: le imputazioni erano di oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale (48; dei quali 4 recidivi), maltrattamenti in famiglia (24; dei quali 6 recidivi), atti osceni (11; dei quali 8 recidivi), violenza carnale (8), tentativo di uxoricidio (8), furto (6, tutti recidivi).

Questo genere di indagini è difficile da compiersi nell'ambito di una popolazione di detenuti perché è ben probabile che i veri « alcoolisti cronici » autori di reato siano stati a suo tempo prosciolti ai sensi dell'art. 95 cod. pen. mentre coloro che hanno commesso il reato in preda ad intossicazione alcoolica acuta (non essendo alcoolisti cronici) non sono stati esaminati sotto il profilo clinico ed alcoolimetrico subito dopo il reato. È infatti noto che nel nostro sistema giuridico e legislativo non si può sottoporre ad esami alcoolemici chi abbia compiuto un qualsiasi reato e basti ricordare l'annosa questione che nel nostro Paese si trascina con riferimento alle indagini di laboratorio su coloro che guidano veicoli a motore « in stato di ebbrezza » (art. 132 D.P.R. 27 ottobre 1958, n. 956; art. 587 D.P.R. 30 giugno 1959, n. 420).

Se la ricerca di tipo criminologico ha i limiti sopra indicati, limiti minori dovrebbe avere una ricerca di *medicina penitenziaria con indirizzo clinico-epidemiologico*, cioè finalizzata alla verifica delle condizioni di salute di una popolazione detenuta con particolare riguardo a fatti patologici correlati all'uso inadeguato dell'alcool.

È evidente che la identificazione di una « patologia alcool correlata » o di indici biochimici comunque significativi in tal senso, autorizza a riconoscere un uso inadeguato (eccessivo) di bevande alcoliche.

Il termine di patologia alcool correlata si riferisce, con tutta evidenza, alla patologia indotta dall'alcool a carico di tutti gli apparati e sistemi come è stato dimostrato da una recente ricerca nella Regione Veneto (3).

Nel trattare di Patologia Alcool Correlata (P.A.C.) si deve tener presente la quota di essa che è costituita dalla Sindrome da Dipendenza Alcoolica (S.D.A.) la quale più si avvicina alla tradizionale categoria nosografica dell'alcolismo cronico. L'incidenza dell'uso e dell'abuso dell'alcool nella popolazione è da stimarsi (per stime indirette) in quote divise in astemi (5 % circa), bevitori adeguati (75 % circa), bevitori inadeguati senza S.D.A. (5 % circa).

È da ritenere che il quarto gruppo raccolga in sé gli alcoolisti cronici non imputabili ai sensi dell'art. 95 cod. pen. e che nel terzo gruppo possano (almeno in parte) inserirsi gli « ubriachi abituali » di cui all'art. 94 cod. pen.

È altresì ovvio che la commissione di un reato in preda ad intossicazione alcoolica acuta può aversi nei casi appartenenti al secondo, terzo e quarto gruppo con esclusione della imputabilità nell'ultimo gruppo (episodi di ubriachezza in alcoolisti cronici) che pertanto non può essere rappresentato fra coloro che scontano una pena detentiva.

Ove si volesse tentare una trasposizione della frequenza dell'uso dell'alcool nella popolazione detenuta si dovrebbe partire dall'assunto che gli astemi, i bevitori adeguati ed i bevitori inadeguati (con o senza S.D.A.) siano rappresentati all'incirca come nella popolazione in generale, salvo un'eventuale maggiore presenza di bevitori inadeguati senza S.D.A. e comunque non veri alcoolisti cronici nell'eccezione psichiatrica del termine.

Ed infine va ricordata un'altra peculiare caratteristica di una indagine come quella in oggetto: poiché non è da ritenere che nell'ambito di un carcere circoli una quantità di bevande alcooliche tale da creare (o mantenere) una P.A.C., gli indici clinici e biochimici eventualmente positivi in tal senso dovrebbero riferirsi ad una sindrome da alcool già acquisita prima della detenzione. Anche in tal senso, comunque, un eventuale riscontro positivo sarebbe interessante perché potrebbe costituire una verifica catamnestica delle abitudini alcooliche pregresse. In quest'ottica abbiamo quindi ritenuto necessario impostare la raccolta epidemiologica dei dati secondo un metodo di inchiesta idoneo a cercare, accanto agli indici clinici e biochimici della P.A.C. esistente in un carcere, anche taluni indici psico-sociali.

2. - OBIETTIVI DELLA RICERCA

Sulla base dei presupposti sovraindicati la ricerca criminologica e tossicologica proposta persegue i seguenti scopi:

- elaborazione di uno schema di meccanismo informativo basato su definizioni concordate;
- individuazione di fonti, destinatari e mezzi per la trasmissione dell'informazione;
- raccolta di informazioni attendibili sull'entità di diffusione dell'uso di alcool;
- programmazione di un piano d'intervento preventivo, curativo e riabilitativo, adattando alla realtà specifica la entità e le modalità applicative dello stesso;
- impostazione di programmi di preparazione e periodico aggiornamento degli operatori impegnati a qualsiasi livello nelle strutture carcerarie;
- individuazione della struttura per il coordinamento delle attività relative.

3. - POPOLAZIONE E SEDE DELLA RICERCA

La ricerca è stata effettuata dal 21 novembre 1983 al 25 giugno 1984 sulla popolazione detenuta presso la casa di reclusione di Padova.

Il campione di popolazione costituito da 74 detenuti presso la casa di reclusione di Padova è significativo sul piano statistico in assoluto e in relazione alla collocazione spaziale in una regione (il Veneto) ove il fenomeno dell'alcoolismo è storicamente diffuso ed ampiamente studiato nella popolazione « non istituzionalizzata », con il conseguente vantaggio di disporre di già rilevati « gruppi di controllo » (1).

Per le indagini tossicologico-analitiche, l'analisi, la archiviazione e l'elaborazione dei risultati, la ricerca si è svolta presso l'Istituto di Medicina Legale della Università di Padova che ha posto a disposizione alcuni ricercatori delle Sezioni di Criminologia e Tossicologia, provviste di biblioteca, attrezzature analitiche e Computer Sistema 34 IBM.

4. - PERSONALE, MATERIALE E ATTREZZATURE

A) *Personale*

La ricerca ha richiesto per tutta la sua durata la collaborazione a tempo pieno di 3 medici, 3 psicologi e 2 esperti di laboratorio di Tossicologia Analitica, nonché di altro personale a tempo parziale utilizzato in relazione alle necessità.

B) *Materiale*

La ricerca ha comportato l'utilizzazione del seguente materiale:

- questionari e protocolli per la raccolta dei dati e la risposta ai tests;
- cartelle di esame clinico;
- materiale di consumo di laboratorio (provette, solventi, reagenti, piastre, supporti, kits immunochimici, ecc.);
- programma applicativo di computerizzazione dei dati.

5. - METODOLOGIA DELLA RICERCA

Per l'esecuzione della ricerca si sono realizzate per ciascun detenuto le seguenti fasi operative.

1) Esame della cartella clinica esistente nella casa di reclusione.

2) Raccolta dei dati medico e socio-anamnestici.

3) Esame somato-clinico.

4) Colloquio clinico ed esame psicodiagnostico.

a - Somministrazione di un test proiettivo specifico per bevitori inadeguati (CAGE-test).

b - Somministrazione di un test proiettivo di personalità (Hand-test).

5) Ricerca di « indicatori biologici ».

a - Analisi chimico-cliniche

b - Analisi chimico-tossicologiche.

A completamento della ricerca si è inoltre provveduto alla:

- 6) somministrazione di un questionario ad agenti di custodia della casa di reclusione;
- 7) valutazione dei dati emersi e conclusioni.

PARTE SPERIMENTALE

Si riportano di seguito i risultati di ciascuna delle fasi operative previste nella metodologia della ricerca.

5.1 - *Esame della cartella clinica esistente nella casa di reclusione*

Sono stati esaminati al fine di rilevare eventuali patologie preesistenti all'indagine ed elementi clinici e circostanziali che potessero consentire di valutare eventuali stati attribuibili ad intossicazione acuta o cronica da alcool.

La ricerca è stata negativa in tal senso.

5.2 - *Raccolta dei dati medici e socio-anamnestici*

Per la raccolta dei dati medico e socio-anamnestici si è seguita una procedura standardizzata che prevede la puntuale compilazione della scheda allegata (Allegato n. 3).

La elaborazione delle schede dei 72 detenuti esaminati ha consentito i rilievi di seguito indicati.

Età media: 38 anni.

Scolarità: (anni di frequenza) 9.

Occupazione.

	occupati	non occupati
Fuori del carcere	60 (83,3 %)	12 (16,6 %)
In carcere	54 (75,0 %)	18 (25,0 %)

Fuori dal carcere l'attività prevalente è di tipo operaio ed artigiano.

Coniugati (compresi i conviventi): 37 (51,4 %).

Vedovi: 2 (2,7 %).

Divorziati: 6 (8,3 %).

Celibi: 27 (37,5 %).

Residenza: nel Veneto 23 (31,9 %) - Fuori dal Veneto 49 (68,1 %).

Presenza nella casa di reclusione di Padova dal:

1975:	1 (1,3 %)
1977:	2 (2,7 %)
1978:	3 (4,1 %)
1979:	1 (1,3 %)
1980:	2 (2,7 %)
1981:	4 (5,5 %)
1982:	30 (41,1 %)
1983:	25 (34,7 %)
1984:	4 (5,5 %).

Del tutto privi di significatività sono infine risultati i dati medico-anamnestici.

5.3 - *Esame somato-clinico*

L'esame obiettivo internistico, neurologico ed osteo-articolare non ha evidenziato fatti patologici di rilievo.

Si sono solo rilevati un caso di silicosi e frequenti epigastralgie ed artralgie di modesta entità.

5.4 - *Colloqui clinico ed esame psicodiagnostico*

Il colloquio è stato condotto sulla base di un questionario (Allegato 3) che tendeva a rendere omogeneo l'approccio con gli intervistati. In quasi tutti si è evidenziato un atteggiamento di generica diffidenza nei confronti dell'indagine solo in parte superata nel corso dell'intervista.

5.4.a) *Somministrazione di un test specifico per alcoolisti (CAGE)*

Le quattro domande che costituiscono il Cage test vengono utilizzate per enucleare eventuali « segni » per il consumo di alcool. Le stesse sono:

- Ha mai sentito la necessità di smettere di bere?
- Si è mai sentito annoiato dalle critiche sul bere?
- Ha mai avuto sentimenti di colpa relativi al bere?
- Ha mai assunto bevande alcoliche al mattino?

Il questionario, messo a punto da Ewing J. A. e Rouse B. A. nel 1970, fu in seguito provato da Mayfield e coll. nel 1974 su 366 pazienti psichiatrici. Questi Autori trovarono che l'81 % degli alcolisti riconosciuti, risposero affermativamente a due o più domande, rispetto all'11 % dei non alcolisti. Saunders e Korshaw raffrontarono il Mast (*) ed il Cage in una popolazione aperta e trovarono che il Cage è più sensibile. Nel 1982 Bernardt M. W. e Mumford J. confrontarono la efficacia di 8 tests di laboratorio e di tre questionari (Brief-Mast, Cage e Reich interviews) su 385 pazienti psichiatrici, trovando che il Cage era maggiormente consigliato per la sua brevità ed accettabilità pur presentando numerosi falsi positivi.

Il Cage test è stato validato su una popolazione italiana da Naccarato e coll. nel 1982, che riscontrarono una buona correlazione tra le risposte al test ed il consumo accertato di alcool.

I risultati ottenuti sui detenuti esaminati sono stati i seguenti:

Risposte negative	34	47,2 %
1 Risposta affermativa	19	26,4 %
2 Risposte affermative	6	8,3 %

13 soggetti (18,5 %) non hanno fornito alcuna risposta in quanto le domande « non li riguardavano, ritenendosi astemi ».

Complessivamente sono state riscontrate 25 risposte affermative così distribuite:

domanda n. 1	4	5,40 %
domanda n. 2	3	4,05 %
domanda n. 3	1	1,35 %
domanda n. 4	11	13,51 %

6 soggetti (8,11 %) hanno fornito due risposte affermative.

(*) Altro test specifico per alcolisti.

L'elaborazione dei dati, con metodi statistici ha consentito di valutare la specificità del test (per le risposte positive) dello 0,94 e la sensibilità (per le risposte negative) dello 0,59. Risulta dunque confermata la elevata possibilità di falsi positivi per le risposte affermative ad una sola domanda.

La significatività della correlazione grammi alcool ipoteticamente assunti/risposte Cage è risultata avere una P inferiore a 0,001 (quindi significativa),

La probabilità di consumo di alcool, correlata alle singole risposte affermative, è illustrata nella Tabella 1.

TABELLA 1.

	Meno di 80 gr/die	Più di 80 gr/die
Pos. dom. n. 1	80,76%	19,24%
Pos. dom. n. 2	66,66%	33,33%
Pos. dom. n. 3	non signif.	non signif.
Pos. dom. n. 4	76,47%	23,53%
Pos. 2 dom.....	6,67%	93,33%

La Tabella dimostra che non sono significative le risposte affermative ad una sola domanda, sia per la esiguità del campione esaminato sia perché nelle percentuali devono essere comprese le false positività.

Molto più attendibili risultano invece le risposte affermative a due domande, dalle quali scaturisce una probabilità di consumo di almeno 80(*) gr/die superiore a 0,90 (Tabella n. 1).

In base alle elaborazioni e considerazioni sovraesprese i casi positivi sono quelli contrassegnati con i numeri: 4, 10, 12, 24, 33, 37.

* Tale valore limite è ritenuto significativo da recenti studi epidemiologico-clinici (4).

5.4.b) *Somministrazione di un test proiettivo di personalità (HAND-test)*

La scelta del test è stata motivata dalla facilità di somministrazione e dall'ipotesi di evidenziare particolari atteggiamenti personalogici di tipo aggressivo (AOR) in grado di fornire una eventuale motivazione all'assunzione di alcool.

Dopo l'elaborazione dei protocolli si sono rapportati i dati ottenuti ad un *gruppo di controllo* di soggetti senza precedenti penali ed adeguati assuntori di alcool.

I risultati dimostrano che i detenuti forniscono un numero inferiore di risposte affettive ed un numero superiore di risposte esibizionistiche e comunicative.

È ipotizzabile che tale fenomeno si inquadri in una richiesta di comunicazione nel tentativo di fare focalizzare il proprio disagio esistenziale, anche solo contingente.

A fronte di risposte Ten (tensione) in numero superiore, non si è rilevata alcuna significatività nella valutazione dell'AOR.

Il PATH è inoltre più elevato rispetto ai non detenuti (ulteriore conferma del disagio, in particolare segni di depressione).

Allo Hand test non si sono infine rilevati dati che consentano di distinguere dalla media degli altri detenuti i sei soggetti che hanno fornito risposte affermative al Cage test.

5.5. - *Ricerca di indicatori biologici*

La ricerca degli indicatori biologici è avvenuta mediante analisi chimico-cliniche e chimico-tossicologiche.

5.5.a) *Analisi chimico-cliniche*

Le elaborazioni di precedenti indagini epidemiologiche e gli studi sui parametri bioumorali (9-10-11) hanno suggerito di adottare il « sistema multivariato » (multivariate predictor) basato sull'analisi biochimica nel sangue del volume globulare medio, dell'acido urico e della gamma-glutamyl-transferasi.

5.5.b) *Analisi chimico-tossicologiche*

A corredo delle analisi chimico-cliniche, ed anche al fine di escludere concause farmaco-tossicologiche nel rilievo dell'eventuale alterazione biochimica, si è eseguita la ricerca qualitativa/quantitativa di farmaci, droghe ed alcool etilico in campioni di urina. Su 10 detenuti, corrispondenti al 17,5 % della popolazione esaminata (per gli « indicatori biologici »), si è inoltre eseguito il dosaggio di alcool etilico su campioni di sangue ed urina prelevati alle ore 7 di un giorno successivo ad una festività. Viene riportato in Tabella n. 2 lo schema degli indicatori bioumorali, dei farmaci/tossici ricercati con le relative tecniche o metodi di analisi.

TABELLA 2.

Indice Biochimico	Metodo di Analisi	N. detenuti
<i>Sangue</i>		
Acido urico	ACA Dupont	57
Gamma-GT	ACA Dupont	57
Volume globulare (μ^3)	Hemacog 8:90 technicon	57
Globuli rossi	Hemacog 8:90 technicon	57
Emoglobina	Hemacog 8:90 technicon	57
Ematocrito	Hemacog 8:90 technicon	57
Globuli bianchi	Hemacog 8:90 technicon	57
Piastrine	Hemacog 8:90 technicon	57
Alcool etilico	GLC-HS (1)	10
<i>Urina</i>		
Alcool etilico	GLC-HS (1)	57
Droghe	EMIT-GL-GLC/MS (2) (1) (3)	57
Farmaci	EMIT-GL-GLC/MS (2) (1) (3)	57
Sost. psicotrope	EMIT-GL-GLC/MS (1) (2) (3)	57
(1) = Gas-Liquid-Chromatography-Head Space. (2) = Enzyme-Multiplied-Immunoassay Technique. (12, 13, 14). (3) = Gas-Liquid-Chromatography/Mass Spectrometry. (12, 13, 14).		

TABELLA 3. - I

N.	Data prelievo	Acido urico mgr%	GT	Volume globulare (*)	Gl. rossi ($\times 10^9$)	Emoglobina gr%	Ematocrito	G. bianchi ($\times 10^3$)	Piastrine ($\times 1000$)
1	23-11-83	4,6	16	86	5,44	16,1	47,2	9,7	270
2	23-11-83	4,5	8	85	5,28	15,3	45,3	7,5	228
3	23-11-83	3,5	33	95	5,08	16,3	48,3	6,8	218
4	23-11-83	3,8	47	86	5,16	14,8	44,5	6,6	257
5	23-11-83	3,8	33	90	5,02	15,5	45,6	4,1	253
6	23-11-83	3,8	45	92	5,15	15,7	47,7	8,0	290
7	9- 1-84	3,8	52	90	5,08	16,4	46,1	10,0	242
8	9- 1-84	4,1	29	87	5,88	16,7	51,2	10,1	233
9	23-11-83	4,9	12	88	5,46	17,0	48,1	9,4	218
10	23-11-83	4,9	17	89	5,44	16,8	48,5	6,6	233
11	6-12-83	3,1	58	88	5,18	15,9	46,1	7,6	308
12	6-12-83	3,5	21	93	5,16	16,2	48,4	6,0	315
13	9- 4-84	4,2	88	89	5,21	15,7	56,5	10,3	302
14	6-12-83	4,4	8	85	5,10	14,4	43,7	5,2	238
15	6-12-83	5,6	19	89	4,73	14,1	42,1	5,6	290
16	9- 1-84	4,3	7	87	5,65	16,9	49,6	6,7	283
17	6-12-83	6,1	78	75	6,48	16,3	48,8	6,6	302
18	6-12-83	5,3	202	93	5,22	16,5	48,7	7,6	264
19	6-12-83	3,9	17	85	5,14	14,7	44,1	4,2	227
20	6-12-83	5,0	8	90	5,28	16,3	47,8	11,8	328
21	9- 1-84	6,0	152	92	5,10	15,4	47,4	8,9	270
22	9- 1-84	4,4	74	87	5,64	16,3	49,6	7,4	233
23	9- 1-84	3,9	17	92	4,68	14,4	43,1	5,9	240
24	9- 3-84	6,5	141	95	4,89	15,8	46,8	11,5	333
25	9- 1-84	3,9	14	74	5,87	12,9	43,6	8,0	218
26	9 -1-84	5,1	167	86	6,04	17,8	52,4	5,9	175
27*									
28*									
29	9- 3-84	5,0	12	85	5,26	15,2	44,7	4,7	260
30*									
31	9- 3-84	4,9	12	88	5,08	15,7	44,7	10,9	224
32	9- 3-84	4,6	31	91	5,17	15,9	46,8	10,1	316
33	16- 3-84	4,1	8	87	4,73	13,9	41,2	7,9	300
34	9- 3-84	2,3	72	84	5,66	17,3	47,4	9,4	266
35	9 -3-84	5,3	97	92	5,27	16,6	48,3	8,9	366
36	9- 3-84	5,1	37	74	6,90	16,1	51,4	6,8	254
37	9- 3-84	5,9	82	92	5,24	16,4	48,0	7,9	285

segue: TABELLA 3. - I

N.	Data prelievo	Acido urico mgr%	GT	Volume globulare (*)	Gl. rossi ($\times 10^6$)	Emoglobina gr%	Ematocrito	G. bianchi ($\times 10^3$)	Piastrine ($\times 1000$)
38*									
39	9- 3-84	4,4	66	91	5,55	16,8	50,5	9,6	266
40	16- 3-84	3,9	6	84	5,52	16,6	46,5	5,9	252
41	16- 3-84	3,6	9	87	4,97	14,6	43,3	6,7	135
42*									
43	16- 3-84	4,6	10	85	4,60	13,6	39,3	5,8	196
44	16- 3-84	4,0	18	88	5,42	15,9	47,6	9,9	330
45*									
46	20- 3-84	3,3	15	82	5,18	16,0	42,7	7,3	232
47*									
48	20- 3-84	3,4	8	80	5,30	15,7	42,4	7,7	290
49*	20- 3-84	5,2	81	86	5,63	16,9	48,5	7,2	179
50	20- 3-84	5,9	15	65	6,12	13,4	39,6	4,9	290
51	20- 3-84	4,6	19	84	5,28	16,5	44,3	7,2	207
52	9- 4-84	6,2	64	93	5,36	16,4	49,9	6,0	208
53*									
54	20- 3-84	4,7	22	87	5,30	16,8	45,9	5,5	282
55	27- 3-84	3,8	46	87	4,04	15,8	44,0	8,2	276
56	27- 3-84	3,6	12	88	4,87	15,7	42,8	10,2	370
57	9- 4-84	4,5	98	87	5,52	15,0	48,1	6,6	277
58	27- 3-84	4,4	16	82	5,36	14,4	43,8	7,4	266
59*									
60	9- 4-84	3,9	22	85	5,45	15,5	46,4	10,0	255
61*									
62	27- 3-84	5,6	28	85	5,35	16,7	45,7	6,5	292
63*									
64	9- 4-84	5,0	18	88	5,24	15,3	46,0	8,6	282
65	9- 4-84	3,4	15	95	5,32	16,9	50,4	9,0	258
66*									
67*									
68*									
69	9- 4-84	5,9	28	89	5,52	17,3	49,0	8,1	258
70	9- 4-84	4,0	8	91	5,36	16,3	48,7	8,5	293
71*									
72	9- 4-84	3,9	25	89	5,23	15,2	46,5	8,0	187
73	9- 4-84	5,9	50	88	5,37	15,8	47,2	12,4	307

(*) Detenuti che non hanno acconsentito a sottoporsi ai prelievi.

TABELLA 4. - *Presenza di farmaci o droghe.*

	CASI POSITIVI	
	N.	%
Benzodiazepine	8	13,33
Alcool etilico	4	6,67
Cocaina	1	1,67
Cannabinoidi	1	1,67
	Dosi	Detenuti
Cocaina	5,6 mcg/ml	14
Cannabinoidi	100 ng/ml	6
Benzodiazepine	0,4 mcg/ml	8
	3,8 mcg/ml	13
	1,5 mcg/ml	18
	0,5 mcg/ml	21
	1,0 mcg/ml	22
	6,0 mcg/ml	24
	1,8 mcg/ml	26
	0,8 mcg/ml	31
Alcool etilico	tracce non dosab.	33
	17 mg %	35
	44 mg %	62
	tracce non dosab.	72

Nelle Tabelle n. 3 e 4 sono riportati i risultati degli indici ematologici e delle analisi chimico-tossicologiche.

L'alcool etilico, presente nel 6,67 % della popolazione esaminata con un livello urinario massimo di 44 mg %, è risultato assente in tutti i campioni prelevati nel giorno successivo alla festività.

5.6 - *Somministrazione di un questionario ad agenti di custodia*

Su un campione significativo (n. 51) di agenti di custodia della casa di reclusione di Padova, si è somministrato un questionario (*Allegato n. 4*) la cui elaborazione è idonea ad ottenere indicazioni sulla loro « posizione » nei confronti dell'eventuale fenomeno (alcolismo intraistituzionale) e suggerimenti per la eliminazione dello stesso.

L'elaborazione del questionario ha evidenziato quanto segue:

Età media: 33 anni con moda di 22 anni.

Titolo di studio: 16 (31,3 %) elementari;

29 (56,8 %) media inferiore;

3 (5,8 %) media superiore;

3 (5,8 %) non specificato.

Coniugati 36 (70,59 %).

Non coniugati 15 (29,41 %).

Mansioni amministrative 10 (19,61 %).

Mansioni di sorveglianza 23 (45,1 %).

Servizi ausiliari 10 (19,61 %).

Non specificato 8 (15,6 %).

Risposte alle domande

1) Ritiene di avere elementari nozioni sanitarie tali per cui riuscirebbe a capire se un detenuto è realmente ammalato o sta simulando?

Sì 24 (47,06 %); No 7 (13,72 %); Incerto 24 (47,06 %).

2) Queste nozioni le ha acquisite attraverso corsi specifici o sono frutto della sua esperienza?

Corsi 5 (9,8 %); *Esperienza* 27 (52,94 %); *Non sa* 19 (37,25 %).

3) Ha mai dovuto prestare soccorso ad un detenuto?

Sì 24 (47,06 %); *No* 27 (52,94 %).

4) Se sì, in quali circostanze?

Infortuni sul lavoro, risse, stati depressivi.

5) Secondo la esperienza quali sono le malattie più frequenti tra i detenuti?

Ansia 35 (68,63 %); *dell'apparato digerente* 8 (17,03 %); *non risponde* 8 (17,03 %).

6) Ritene che la struttura carceraria assicuri un'adeguata assistenza sanitaria ai detenuti?

Sì 31 (60,78 %); *No* 3 (5,88 %); *Sufficiente* 17 (33,33 %).

7) Secondo la esperienza che percentuale di simulazione di malattia c'è tra i detenuti?

Meno del 10 %: 3 (5,88 %); *tra il 10 ed il 20 %*: 12 (23,53 %); *tra il 20 ed il 30 %*: 16 (31,37 %); *oltre il 50 %*: 19 (37,25 %); *non risponde* 1 (1,96 %).

8) Secondo lei i detenuti bevono vino o birra in quantità maggiore di chi non è in carcere?

Sì 10 (19,6 %); *No* 33 (64,70 %); *Non sa* 8 (15,69 %).

9) Se sì perché? Per reazione, per evadere?

Se no, perché? Non possono disporre più di mezzo litro.
Se incerto, perché? Dipende dalle persone.

10) Saprebbe riconoscere un detenuto in stato di ubriachezza?

Sì 47 (92,16 %); *No* 1 (1,96 %); *Incerto* 3 (5,88 %).

11) Se sì, su quali elementi si basa la sua diagnosi?
Stato confusionale, comportamento scorretto, marcia incerta.

12) Un detenuto che abusa di alcool procura maggiori problemi di altri detenuti?

Sì 32 (62,74 %); No 5 (9,8 %); *In egual misura* 14 (27,45 %).

13) Le capita spesso di osservare detenuti ubriachi?

Sì 29 (56,86 %); No 20 (39,21 %); *Non risponde* 2 (3,92 %).

14) Se sì, di solito in quali occasioni?

Ora d'aria, giorni festivi, nei momenti di difficoltà.

15) Se sì, come si comporta in tali occasioni?

(15 risposte) In genere con tolleranza, chiamo altri agenti.

16) Cosa pensa sia più utile fare in presenza di un detenuto ubriaco?

Lasciarlo in cella con gli altri 10 (19,61 %);

Trasferirlo in cella d'isolamento 6 (11,76 %);

Avvisare il medico 5 (9,8 %);

Avvisare i superiori 18 (35,29 %);

Lasciarlo in cella ed avvisare i superiori 4 (7,84 %);

Avvisare i superiori ed il medico 5 (9,8 %);

Trasferirlo in cella d'isolamento ed avvisare i superiori 3 (5,88 %).

17) Secondo lei, un soggetto che prima della carcerazione era un forte bevitore, una volta detenuto

smette di bere 32 (62,74 %)

beve, ma in quantità inferiore 11 (21,57 %);

continua a bere come prima 8 (15,69 %).

18) Ritiene, in genere, che i detenuti abbiano eccessiva libertà per procurarsi bevande alcoliche?

Sì 11 (21,56 %); No 34 (66,66 %); Incerto 6 (11,76 %).

19) Se sì, limiterebbe questo fenomeno e come?

(24 risposte) *Impedendo l'uso di alcool.*

20) La quantità di vino attualmente concessa ai detenuti è fonte di indisciplina e quindi potenziale pericolo per la normale attività cui lei è preposto?

Sì 8 (15,68 %); No 32 (62,74 %); Incerto 11 (21,57 %).

21) È mai stato minacciato o aggredito da un detenuto ubriaco?

Sì 26 (50,98 %); No 22 (43,14 %); Non risponde 9 (5,88 %).

22) Secondo lei un detenuto si ubriaca più facilmente se è in cella con altri o se è in isolamento o in una cella singola?

(29 risposte): *insieme con altri* 22 (43,14 %); *da solo* 7 (13,72 %).

23) Secondo lei negli Istituti Italiani vi è commercio di superalcolici?

Sì 10 (19,61 %); No 34 (66,66 %); Incerto 6 (11,76 %); Non risponde 1 (1,96 %).

Dalle risposte fornite dagli agenti di custodia si deduce quanto segue:

– oltre il 50 % possiede un diploma di scuola media inferiore;

– circa il 42 % ritiene di saper formulare una « diagnosi » (domanda n. 10) basandola su sintomi specifici, come lo stato confusionale, la marcia incerta;

– il 62 % ritiene che un detenuto ubriaco procuri maggiori problemi di altri (domanda n. 12);

– il 57 % riferisce che è frequente l'osservazione di detenuti ubriachi (domanda n. 13) ed il 51 % afferma di essere stato minacciato o aggredito da un detenuto ubriaco;

– il 35 % preferisce comunicare ai superiori l'eventuale stato di ubriachezza del detenuto;

– solo il 9 % ritiene che l'alcoolismo costituisca un problema esclusivamente medico; e percentuali variabili sono orientate ad assumere comportamenti ora tolleranti ora repressivi (« cella d'isolamento »);

– il 63 % ritiene che i bevitori « inadeguati » divengano « adeguati » all'interno della istituzione carceraria, in ragione del difficoltoso ottenimento di bevande alcoliche (66 %) e della non rilevante quantità distribuita pro die (63 %).

6. – CONCLUSIONI

La ricerca ha confermato l'esistenza di seri problemi di operatività a causa della diffidenza manifestata dai detenuti e giustificata dal clima sociale, dai rapporti intraistituzionali coatti, dalla scarsa credibilità della istituzione carceraria.

La dimostrazione di tali problemi operativi e di conseguente interpretazione dei dati è fornita dalla significativa percentuale (18,5 %) di risposte negative alle quattro domande del CAGE-test specifico per gli alcolisti.

Malgrado si sia celata la reale motivazione dell'inchiesta inserendo il test in un questionario sulla salute individuale e collettiva, la entità delle risposte negative indicanti la condizione di « astemio » è risultata superiore a quella fornita da « astemi » in altre ricerche su gruppi di popolazione non ristretta in ambiente carcerario.

L'atteggiamento dei detenuti non deve essere letto come globale rifiuto di ogni collaborazione, ma piuttosto come disabitudine a considerare problemi generali non connessi ad immediati vantaggi personali e come timore a « collaborare alla diagnosi » di bevitore inadeguato.

La prevedibilità teorica dei problemi e delle difficoltà operative sovraesposti ha consigliato d'impostare la metodologia di ricerca non solo sull'esame clinico e psicodiagnostico, ma anche sulla identificazione ed il dosaggio di indicatori

biologici, chimico-clinici e chimico-tossicologici, di per sé idonei a rivelare eventuali bevitori inadeguati.

L'accordo dei risultati ottenuti nelle diversificate fasi operative della metodologia di ricerca consente di concludere che nella popolazione esaminata non esistono patologie alcool-correlate e/o bevitori inadeguati.

La negatività dei risultati esime da considerazioni ed interpretazioni criminologiche ed induce a considerare che il mantenimento di una patologia alcool-correlata (che precede la detenzione) o l'instaurarsi di essa nel corso della detenzione, esige ampia disponibilità di bevande alcoliche e superalcolici, non dimostrata dalla ricerca eseguita.

L'assenza di patologie alcool-correlate e di bevitori inadeguati fra i detenuti della casa di reclusione di Padova è significativo indice di loro assenza in altre istituzioni nelle quali una eventuale indagine mirata assumerebbe una scarsa significatività.

La ricerca ha inoltre dimostrato la necessità di una articolata opera di educazione sanitaria nei confronti degli agenti di custodia al fine di attuare una efficace azione di medicina preventiva intrapenitenziaria.

ALLEGATO N. 1

L'ALCOOLISMO NELLA ISTITUZIONE CARCERARIA

Indagine criminologica e tossicologica sulla popolazione carceraria di Padova

Premessa

È ormai acquisito in letteratura che la sindrome di dipendenza alcoolica (S.D.A.) è una condizione patologica che può essere diagnosticata e trattata come qualsiasi altra malattia cronica. Tale sindrome va iscritta nell'ambito della patologia e dei problemi alcool correlati con i quali si definiscono gli squilibri organici, psicologici e sociali riferibili all'uso inadeguato di alcoolici. Nonostante le difficoltà insite nella definizione della dipendenza alcoolica esistono strumenti psicologici e biologici che consentono di formulare una diagnosi, di riconoscere la natura della dipendenza e di attuare provvedimenti idonei alla sua prevenzione e terapia.

La S.D.A. frequente fra i « bevitori inadeguati » (circa il 25 % della popolazione), produce alterazioni organiche e degrada progressivamente le facoltà psichiche superiori con conseguente compimento di « atti illeciti ».

In accordo con Heuyer, Kinberg e Bormefey che individuano nell'alcoolismo la causa di alcuni comportamenti antisociali, Muller ha rilevato che il consumo di alcool è responsabile della commissione di reati nel 30 % della popolazione di detenuti. Sulla base di uno specifico studio tale Autore ha individuato inoltre rilevanti frequenze di delitti sessuali, di delitti contro la vita e l'incolumità individuale, di delitti contro il patrimonio.

L'alcoolismo, causa di recidive criminali e di particolari tipi di criminalità (risse, lesioni personali, violenza privata, etc. secondo Schiedt e Stilo), svolge un più rilevante ruolo criminogeno se l'approccio al consumo di alcool si verifica nella minore età con i caratteri dell'« accettazione passiva », evolvendosi poi nella « ricerca intenzionale » dell'età adulta.

Durante quest'ultima il recidivo consumatore di alcool trova il modo di continuare l'abitudine alla assunzione anche all'interno della istituzione carceraria, ove produce condizioni di disagio interindividuali e spinte imitative facili ad attuarsi in un ambiente che non consente scelte individuali prive di condizionamento.

Il clima sociale della istituzione carceraria « totale » conduce alla depersonalizzazione e all'acquisizione di comportamenti « rassicuranti »; la promiscuità delinquenziale e culturale induce a far proprie scelte comportamentali non filtrate dal vaglio critico individuale ma dettate dalla cultura imposta dalla leader ship.

In questo clima può verificarsi l'apprendimento al consumo di alcool e si facilita il persistere della ulteriore inadeguata assunzione, preesistente alla carcerazione, con conseguenti realizzazioni di reati intraistituzionali.

Fig. 4 - *Classificazione del bevitore adeguato, inadeguato senza S. D. A., inadeguato con S. D. A. in base all'esistenza di alcuni segni o sintomi a partenza psicologico-individuale, ambientale, biochimico-umorale.*

BEVITORE ADEGUATO	BEVITORE INADEGUATO	
Il soggetto consuma la quantità giornaliera di alcool consentita (circa 40-60 g. die) nel rispetto delle regole del contesto socio-culturale di appartenenza (eccezioni comprese).	Il soggetto trasgredisce con frequenza e quantità variabile: le regole del contesto socio-culturale di appartenenza	
	CON POSSIBILE ASSENZA DI S.D.A.	CON PROBABILE PRESENZA DI S.D.A.
	FASE PRODROMICA	
	1. Aumenta la tolleranza all'alcool 2. Diminuisce la capacità di sopportare gli stress e le tensioni 3. Si beve per sentirsi sollevati 4. <i>Vengono avvertiti sensi di colpa</i> 5. Si riscontrano vuoti di memoria 6. <i>Si beve di nascosto</i> 7. <i>Si tende a minimizzare la quantità di alcool ingerita</i>	
	FASE PRECOCE	
1. Si comincia a perdere il controllo sulla quantità di alcool ingerita 2. <i>Aumentano i sensi di colpa</i> 3. <i>Si desidera ravvedersi</i> 4. <i>Si verificano disturbi nei rapporti interpersonali</i> 5. <i>Il bevitore tende a razionalizzare i motivi per cui beve</i> 6. <i>Si evidenziano comportamenti antisociali</i> 7. <i>Vengono avvertite idee di onnipotenza</i> 8. <i>Si comincia a perdere la stima di sé</i>		
FASE INTERMEDIA		
1. Si prova un senso di sollievo nel bere alla mattina 2. Il bevitore si sforza in ogni momento di controllare la quantità di alcool ingerita 3. <i>Si verifica un restringimento nel campo degli interessi</i> 4. <i>Si tende ad evitare il contatto con familiari ed amici</i> 5. Vengono avvertiti disturbi fisici 6. Si verificano stati di ansietà e di depressione 7. Il bevitore si rivolge al medico 8. <i>Vengono manifestati rancori irragionevoli</i>		
FASE TARDIVA		
1. Si beve di prima mattina costantemente 2. Si realizza un grave deterioramento fisico 3. Si evidenziano marcati sintomi di astinenza 4. Si verificano marcati disturbi comportamentali 5. Si riscontra una tendenza ad incorrere in infortuni 6. Si incorre in ubriacature quotidiane 7. Si manifestano problemi lavorativi ed economici 8. Le capacità di ragionamento risultano indebolite 9. Il bevitore è incapace di assumere iniziative 10. Si beve per periodi sempre più lunghi 11. Diminuisce sensibilmente la tolleranza all'alcool		
FASE TERMINALE		
Il bevitore è assolutamente incapace di astenersi, di essere autosufficiente, di prendersi cura di sé. Si possono verificare: — allucinazioni — convulsioni — delirium tremens — grave decadimento fisico — lesioni cerebrali — morte		
NOTA 1: Il passaggio tra bevitore adeguato e bevitore inadeguato senza e con S.D.A. è assai sfumato. Recenti studi ipotizzano che il bevitore inadeguato non evolve necessariamente secondo lo schema indicato in tabella, ma può fermarsi ad un qualsiasi livello. È pure stato ipotizzato che ci può essere un ritorno spontaneo al bere adeguato. Molti casi comunque hanno un'evoluzione ingravescente fin verso gli ultimi stadi. Allo stato attuale delle conoscenze è pertanto possibile formulare solo delle ipotesi, tra le quali rientra anche il presente schema. NOTA 2: Le voci in corsivo sono ad eziologia prevalentemente psicologico individuale e/o sociale. Le altre o sono ad eziologia tossica o ad eziologia mista e non ben conosciuta. NOTA 3: Mancanza di controllo e..... Incapacità di astinenza..... Sono comunemente considerate caratteristiche peculiari della S.D.A. anche se recenti studi criticano tale impostazione. A nostro avviso comunque essa risulta a tutt'ora assai utile sia a fini didattici che clinici.		

ALLEGATO N. 3

SCHEDA N.

Nome Cognome
Nato a il
residente a Detenuto a Padova dal
..... Precedenti detenzioni a
..... Stato civile
Occupazione fuori dal carcere Eventuale
occupazione in carcere
Anamnesi fisiologica e famigliare
.....
.....
Anamnesi patologica remota
.....

Stato attuale:

Attualmente ha dei disturbi? Se sì, me li descriva
.....
Da quando è in carcere è dimagrito?
Se sì, di quanti chili?
Normalmente si prepara da solo da mangiare? Se sì,
ogni giorno? Ogni pasto?
Di solito cosa preferisce mangiare?
Le piace di più la carne o il pesce?
Ha mantenuto le stesse abitudini che aveva fuori dal carcere?
In che cosa sono variate?
Com'è il suo appetito: buono scarso ottimo
Com'è l'alvo attualmente?
Rispetto a quando era fuori, l'alvo è regolare?
Preferisce mangiare cibi caldi o freddi?

Mangia molta frittura? Mangia verdura cruda
 o cotta? Beve latte alla mattina?
 Quanto? Beve caffè?
 Quanti in un giorno? Ne beve di più rispetto a
 quando era fuori dal carcere? Il caffè le impe-
 disce di dormire? Se sì, è sempre stato così?
 Beve vino ai pasti? Se sì, quanto? Beve
 fuori dai pasti? Secondo lei è migliore il vino
 o la birra? Ha mai bevuto superal-
 coolici? Quando gli altri bevono e lei non ha
 vino, ne chiede ai compagni?
 Secondo lei il vino, gli alcoolici, le frittture fanno male al fegato?
 Se sì, secondo lei perché?
 Ha mai fatto uso di stupefacenti? Se sì, quali?
 Se no, cosa pensa di quelli che li usano?

 Secondo lei fanno male alla salute?
 Se sì, a quale organo? Accetta le critiche
 o partecipa a discorsi sui tossicomani?
 Ne parla molto con i compagni?
 (per coloro che hanno detto di bere ai pasti):
 Ha mai sentito la necessità di smettere di bere?
 Si è mai sentito annoiato dalle critiche sul bere?
 Ha mai avuto sentimenti di colpa relativi al bere?
 Ha mai assunto bevande alcoliche al mattino?
 Se sì, si è sentito male? Ha accusato acidità allo
 stomaco? Ha mai viaggiato?
 Se sì, mangiava volentieri i cibi locali?
 È mai stato male a seguito di un abbondante pasto?
 Ricorda per caso cosa le abbia fatto male?
 Si è mai ammalato qui in carcere? È stato ricoverato

in infermeria oppure in O.C.? Com'è stato
curato? Secondo lei ci si ammala fa-
cilmente in carcere?
Quali sono le malattie che più frequentemente colpiscono i dete-
nuti? Quando si è sentito male,
ha subito avvisato la Direzione o il Servizio sanitario dell'Isti-
tuto? Se ritiene che il modo
di curare i detenuti non vada bene, cosa suggerirebbe?
.....
Ha mai avuto bisogno del medico durante la notte?
Se sì, per quale motivo?
Esiste la consulenza specialistica in questo Carcere?

ALLEGATO N. 4

SCHEDA N.

Nome Cognome
 Data di nascita Provincia
 Residenza
 Domicilio: presso l'Istituto
 altro luogo.....
 Stato civile Titolo di studio
 Data di arruolamento.....
 Qualifica ausiliario
 effettivo grado
 Istituti in cui ha prestato servizio

 A Padova dal

Mansioni svolte

In passato	Attualmente
amministrative	amministrative
sorveglianza detenuti (cinta, sezione, posto di lavoro)	sorveglianza detenuti (cinta, sezione, posto di lavoro)
servizi ausiliari (cucina, spaccio, lavanderia, portineria, ecc.)....	servizi ausiliari (cucina, spaccio, lavanderia, portineria, ecc.)....

- 1) Ritene di avere elementari nozioni sanitarie tali per cui riuscirebbe a capire se un detenuto è realmente ammalato o sta simulando?

Sì ☐ No ☐ Incerto ☐

- 2) Queste nozioni le ha acquisite attraverso corsi specifici o sono frutto della sua esperienza? Corsi ☐ Esperienza ☐

- 3) Ha mai dovuto prestare soccorso ad un detenuto? Sì ☐ No ☐

- 4) Se sì, in quali circostanze? (le descriva sinteticamente)

- 5) Secondo la sua esperienza quali sono le malattie più frequenti fra i detenuti?
- 6) Ritiene che la struttura carceraria assicuri un'adeguata assistenza sanitaria ai detenuti?
Sì ☐ No ☐ Sufficiente ☐
- 7) Secondo la sua esperienza che percentuale di simulazione di malattia c'è tra i detenuti?
meno del 10 % ☐ tra il 10 ed il 20 % ☐ tra il 20 ed il 30 % ☐
oltre il 50 % ☐
- 8) Secondo lei i detenuti bevono vino e birra in quantità maggiore di chi non è in carcere?
Sì ☐ No ☐ Incerto ☐
- 9) Se sì, perché?
Se no, perché?
Se incerto, perché?
- 10) Saprebbe riconoscere un detenuto in stato di ubriachezza?
Sì ☐ No ☐ Incerto
- 11) Se sì, su quali elementi si basa la sua diagnosi?
- 12) Un detenuto che abusa di alcool procura maggiori problemi di altri detenuti?
Sì ☐ No ☐ In ugual misura ☐
- 13) Le capita spesso di osservare detenuti ubriachi?
Sì ☐ No ☐
- 14) Se sì, di solito in quali occasioni?
- 15) Se sì, come si comporta in queste situazioni?

- 16) Cosa pensa sia più utile fare in presenza di un detenuto ubriaco:
a) lasciarlo in cella con gli altri
b) trasferirlo in cella di isolamento finché non ritorni sobrio
c) avvisare il medico
d) avvisare subito i superiori
e) altro
- 17) Secondo Lei un soggetto che prima della carcerazione era un forte bevitore, una volta detenuto:
a) smette di bere ☐
b) beve, ma in quantità inferiore ☐
c) continua a bere come prima ☐
- 18) Ritiene, in genere, che i detenuti abbiano eccessiva libertà per procurarsi bevande alcoliche?
Sì ☐ No ☐ Incerto ☐
- 19) Se sì, limiterebbe questo fenomeno e come?
.....
.....
- 20) La quantità di vino attualmente concessa ai detenuti, secondo Lei, è fonte di indisciplina e quindi potenziale pericolo per la normale attività cui Lei è preposto?
Sì ☐ No ☐ Incerto ☐
- 21) È mai stato minacciato o aggredito da un detenuto ubriaco e che prima era ritenuto tranquillo?
Sì ☐ No ☐
- 22) Secondo Lei un detenuto si ubriaca più facilmente se è in cella con altri o se è in isolamento o in una cella singola?
.....
.....
- 23) Secondo Lei negli Istituti di pena italiani vi è commercio di superalcolici?
Sì ☐ No ☐ Incerto ☐

RIASSUNTO

Dopo aver illustrato i risultati di indagini svolte in Italia e all'estero sui rapporti fra alcoolismo e criminalità, gli Autori individuano i presupposti e gli obiettivi criminologici, tossicologico-clinici e medico-sociali della ricerca svolta sulla popolazione detenuta presso la casa di reclusione di Padova.

Esposta la metodologia d'indagine, articolata nell'esame di dati clinici, psico-diagnostici (CAGE-Hand-tests), chimico-tossicologico-clinici, gli AA. concludono per l'assenza di patologie alcool-correlate e di bevitori inadeguati nella casa di reclusione di Padova ed ipotizzano una situazione simile in altre istituzioni carcerarie, ove si rende tuttavia necessaria una efficace azione di medicina preventiva intrapenitenziaria.

RESUME

Après avoir illustré les résultats d'enquêtes réalisées en Italie et à l'étranger sur les rapports entre alcoolisme et criminalité, les auteurs indiquent bases et objectifs criminologiques, toxicologiques et cliniques ainsi que médicales et sociales de la recherche effectuée parmi les détenus de l'établissement pénitentiaire de Padoue.

Après avoir exposé la méthodologie de l'enquête s'articulant dans l'examen de données cliniques, psych-diagnostiques (CAGE-Hand-tests), chimiques, toxicologique et cliniques, les auteurs en viennent à la conclusion qu'il n'existe ni pathologies en corrélation avec l'alcool ni buveurs inadaptés à l'établissement pénitentiaire de Padoue et ils supposent une situation semblable dans d'autres établissements pénitentiaires, où se rend toutefois nécessaire une action efficace de médecine préventive parmi les établissements memes.

SUMMARY

After having described the results of investigations made in Italy and abroad on the relations between alcoholism and criminality, the Authors identify the presuppositions and the criminological, toxicological-clinical and medico-social objectives of the research conducted on the Padua Prison population.

After explaining the methodology of the investigation, based on the examination of the clinical, psychodiagnostic (CAGE-Hand-tests), and chemico-toxicologic-clinical data, the Authors come to the conclusion that there is an absence of alcohol-correlated pathologies and of inadequate drinkers in Padua Prison, and assume a similar situation in other penal institutions, where, nevertheless, an efficacious action of intra-prison preventive medicine is rendered necessary.

RESUMEN

Luego de explicar los resultados de las indagaciones cumplidas en Italia y el exterior sobre las relaciones entre alcoholismo y criminalidad, los Autores identifican los presupuestos y los objetivos criminológicos, toxicológico-clínicos y médico-sociales de la investigación llevada a cabo en la población detenida en la Casa de Reclusión de Padua.

Una vez expuesto el método de investigación, subdividido en examen de datos clínicos, psico-diagnósticos (CAGE-Tests manuales), químico-toxicológico-clínicos, los Autores concluyen que no hay patologías relacionadas con el alcohol ni bebedores

inadaptados en la Casa de Reclusión de Padua e hipotizan una situación similar en otras instituciones carcelarias en las que, de cualquier manera, hace falta una eficaz acción de medicina preventiva interpenitenciaria.

ZUSAMMENFASSUNG

Nachdem die Autoren die Ergebnisse der in Italien und im Ausland durchgeführten Untersuchungen der Zusammenhänge zwischen Alkoholismus und Kriminalität erläutert haben, ermitteln sie die Voraussetzungen der Forschungsarbeit über die Gefangnisinsassen der Casa di Reclusione in Padua, sowie die Objektiven der Untersuchung auf kriminologischem, toxikologisch-klinischem und medizinisch-sozialem Gebiet.

Nach der Darstellung der Untersuchungsmethode, welche sich in die Auswertung von klinischen, psychodiagnostischen (CAGE-Hand-tests) und chemisch-toxikologisch-klinischen Daten artikuliert, schliessen die Verfasser auf die Abwesenheit von alkoholbedingten Krankheitserrscheinungen und von unmässigen Trinkern in der Casa di Reclusione in Padua; sie vermuten eine ähnliche Situation in anderen Verzugsanstalten, wo sich nichtsdestoweniger eine tatkräftige medizinische Vorsorgeaktion innerhalb der Gefangnisse als nötig erweist.

BIBLIOGRAFIA

- (1) P. AVOGARO, M. TRABUCCHI, E. TREMOLI, *Alcool, salute e malattia*, Ed. Masson, Italia Editori, Milano, 1984.
- (2) F. INTRONA, « Patologia da alcool: problemi medico-legali », in « *Patologia e problemi connessi all'uso inadeguato dell'alcool* ». *Quaderni di educazione sanitaria*, a cura della Regione Veneto, 1982.
- (3) « *Patologia e problemi connessi all'uso inadeguato di alcoolici* »; *Quaderni di Educazione Sanitaria*; Commissione regionale di studio sulla dipendenza alcoolica istituita dalla Giunta della Regione Veneto con delibera n. 1664 del 25 marzo 1980; Atti del Convegno, Padova 10 marzo 1980.
- (4) R. NACCARATO, D. MARTINES, M. CIBIN, *Indagine sul consumo di alcool, fumo, psicofarmaci in un ambulatorio di medicina generale*. Tesi di specializzazione discussa da M. CERVO nell'anno accademico 1982/'83 presso l'Università di Padova, in corso di pubblicazione.
- (5) U. FORNARI, G. GASCA, « Uso clinico del test della mano », in *Annali di Freniatria e scienze affini*, 83, 1970.
- (6) B. BRICKLIN, Z. A. PIOTROWSKY, E. E. WAGNER, *The hand-test*, Charles Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U.S.A. 1978.
- (7) E. E. WAGNER, *The hand-test Manual*, WPS Publisher, 1978.
- (8) M. TANTALO, G. CIRASO, C. RAGO, « Il Test della mano come strumento diagnostico applicato ad un gruppo di assuntori di sostanze stupefacenti », *Atti del XXVIII Congresso Nazionale di Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Parma, 3-7 ottobre 1983.
- (9) K. W. UNGER, D. JOHNSON, « Red blood cell mean corpuscular volume: a potential indicator of alcohol usage in a working population », in *Am. J. Med. Sci.* 267, 281, 1974.
- (10) S. PATEL, P. O'GORMAN, « Serum enzyme levels in alcoholism and drug dependency », in *J. Clin. Pathol.* 28, 414, 1975.
- (11) S. J. OLIN, P. DEVENYI, K. L. WELDRON, « Uric acid in alcoholics », in *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1202, 1973.
- (12) S. D. FERRARA, L. TEDESCHI, F. CASTAGNA, M. MARIGO, « A comparative GLC-EMIT analysis of methadone and its major metabolite dosage in urine », in *Forensic Sci. Int.* 11, 181, 1978.
- (13) S. D. FERRARA, *Psychotropic drugs: organization and role of the laboratory. Public Health Problems and Psychotropic Substances*. The Government of Finland, WHO, Helsinki, 1982.
- (14) S. D. FERRARA, « Alcool e incidenti stradali », in P. AVOGARO, M. TRABUCCHI, E. TREMOLI, *Alcool, salute e malattia*, Ed. Masson Italia, Milano, 1984.