



Ministero della Salute

COMMISSIONE NAZIONALE PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS

**“Aggiornamento delle conoscenze sulla terapia dell'infezione
da HIV”**

Documento Complementare su Specifiche Materie

Febbraio 2008

INFEZIONE DA HIV E CONDIZIONE DI DETENZIONE

INTRODUZIONE

Un'elevata diffusione della malattia da HIV e delle altre infezioni virali croniche correlate alle particolari tipologie socio-comportamentali maggiormente rappresentate fra le persone detenute, viene costantemente segnalata nelle comunità penitenziarie di tutti i paesi del mondo occidentale [1, 2, 3].

Coloro che in questo ambito vengono a conoscenza della propria condizione di sieropositività per HIV, ovvero già conoscendola la comunicano al personale sanitario, possono incontrare oggettive difficoltà a causa della sovrapposizione al problema medico di numerosi fattori negativi di tipo ambientale, sociale ed organizzativo [4]. Alcuni di questi fattori sono fortemente radicati nelle strutture penitenziarie ed in molti casi appaiono necessari e finalizzati al raggiungimento del fine primario della custodia dei detenuti e della sicurezza sociale, come avviene per i trasferimenti improvvisi in altri Istituti per motivi di giustizia, disciplinari o di sfollamento. Altri fattori appaiono insiti nell'ambiente delle comunità carcerarie e quindi difficilmente rimuovibili, quali l'impossibilità al mantenimento della riservatezza sia sulle proprie condizioni di salute che sui normali atti della propria vita quotidiana. Gli aspetti organizzativi sanitari, invece, potrebbero essere migliorati con interventi e disposizioni normative mirate ed appositamente dimensionate alla realtà penitenziaria.

La situazione appare difficile, se si considera la composizione della popolazione detenuta costituita in gran parte da persone tossicodipendenti per via iniettiva, da stranieri spesso senza permesso di soggiorno, da alcolisti, da persone con problematiche di tipo psichico, ma anche da persone omosessuali e bisessuali.

Molti dei detenuti sono già affetti da patologie infettive al loro ingresso in carcere. Non si deve però sottovalutare la possibilità che fattori quali il sovraffollamento, l'inadeguatezza delle strutture che non sempre permettono l'osservanza delle norme igienico sanitarie, unitamente ad una carenza di politiche sanitarie realmente efficaci, possono determinare un'amplificazione delle infezioni.

Nonostante l'emergenza AIDS abbia profondamente modificato l'organizzazione sanitaria penitenziaria nel corso degli ultimi venti anni [5, 6] le patologie virali croniche, le malattie infettive emergenti, riemergenti e d'importazione rappresentano oggi problemi pressanti per la medicina delle comunità chiuse penitenziarie [7].

E' necessario sottolineare, inoltre, che spesso nel paziente detenuto come reazione di difesa all'ambiente ostile può sussistere una ridotta percezione della malattia, ovvero la negazione della stessa, con una bassa accettazione delle eventuali procedure diagnostiche e terapeutiche.

A tutto ciò consegue che la gestione clinica dei detenuti sieropositivi per HIV e l'organizzazione della sanità penitenziaria per quanto riguarda gli aspetti a questa correlati, risultano essere problematiche estremamente più complesse rispetto a quanto avviene nelle strutture sanitarie esterne.

Per rendere l'assistenza sanitaria ai detenuti HIV sieropositivi omogenea con quella garantita in libertà, aderendo incondizionatamente al principio della pari opportunità diagnostica e terapeutica, è necessario garantire risorse specifiche dedicate sia in termini di personale che diagnostiche e farmacologiche e sviluppare programmi sanitari basati sulla conoscenza della reale dimensione dei problemi.

EPIDEMIOLOGIA

I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia (D.A.P.), indicano che nei 207 Istituti del Sistema Penitenziario Italiano erano presenti, al 30/12/2006 39.005 detenuti ma al 30/09/2007 il numero dei presenti era già risalito a 47.129, rispetto ad una capienza ufficiale di 43.093. Nel corso del 2006 il numero complessivo dei presenti è stato di 150.237 e quello dei nuovi ingressi è stato di 90.714. Il numero dei detenuti che si sottopongono all'esame varia in maniera considerevole sia in ambito regionale che locale; nelle regioni del nord Italia il tasso di esecuzione risulta del 47,7%, in quelle del centro del 24,1% e in quelle del sud ed insulari è del 32,0%; la variazione esistente tra le diverse regioni appare molto ampia, essendo compresa tra un minimo del 16,6% dell'Abruzzo, ed il 74,4% del Piemonte, e con realtà locali ancora più disomogenee, quali il 5,5% di Palermo, ed il 100% di Lecce [8].

Nei rilevamenti puntuali eseguiti semestralmente dal D.A.P., la percentuale di positività per HIV su tutti i residenti è andata diminuendo da un valore pari al 9,7% riscontrato il 31/12/1990 al 2,5% del 31/12/2006; parallelamente, la prevalenza di positività per HIV nei detenuti tossicodipendenti per via e.v., è passata dal 32,6% all'8,1%, ma nello stesso periodo la proporzione dei test sierologici per HIV eseguiti sul totale dei detenuti è andata costantemente diminuendo dal 49,4% del 1991 al 28,4% attuale [8]. Questi dati appaiono oggettivamente sottostimati rispetto a quelli dai Servizi territoriali per le tossicodipendenze (SER.T.) [9, 10] per la limitata esecuzione dei test di screening. In particolare, l'auto-selezione dei detenuti nei confronti del test sierologico HIV non esclude la possibilità che si verifichino distorsioni nei dati di prevalenza [5].

Uno studio sierio-epidemiologico condotto in collaborazione tra il D.A.P., l'Istituto Superiore di Sanità, le Università di Sassari e Roma "Tor Vergata", ha raccolto, dopo consenso informato, i dati anagrafici, anamnestici e clinici dai diari clinici di 1.620 detenuti presenti in 14 istituti penitenziari rappresentativi del 14,6% della popolazione detenuta nazionale. Il tasso di esecuzione del test di screening HIV (82,4%) è risultato decisamente superiore a quello riportato nelle statistiche ufficiali del D.A.P. (37,7%), con una sieroprevalenza per anti-HIV del 7,5% rispetto al 2,2% conosciuto [11]. Questi dati suggeriscono che in tale ambito l'incremento dell'offerta e dell'esecuzione dei test sierologici porta all'emersione del dato sommerso ed indica come la popolazione sieropositiva giornalmente detenuta negli Istituti penitenziari italiani possa essere attualmente stimata tra le 3 e le 4.000 unità.

Dai dati del D.A.P., i detenuti con diagnosi di AIDS conclamata sono aumentati da 1,6% dei sieropositivi conosciuti del 31/12/1990, al 11,9% del 31/12/2001, per poi ridiscendere fino al 6,4% rilevato al 31/12/2006 [8]. Queste variazioni si sono manifestate in conseguenza di modifiche apportate dal Legislatore nel corso degli anni alla normativa sulle condizioni di incompatibilità alla detenzione per motivi di salute, per la quale era inizialmente prevista l'automatica liberazione per tutti i pazienti anti-HIV+ con cellule CD4+ inferiori a 100 cellule/ μ L [12].

I nuovi casi di AIDS notificati al Centro Operativo AIDS (C.O.A.) dell'Istituto Superiore di Sanità sono invece diminuiti da 280 (1993) a 66 (2006), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti [11].

La popolazione straniera non sembra particolarmente interessata dall'infezione da HIV; i dati ufficiali del D.A.P. indicano che sui 13.931 stranieri detenuti alla data del 31/12/2006, il test di screening HIV era stato eseguito nel 62,1% dei casi con una sieroprevalenza del 3,9% [8].

Abbiamo già avuto modo di sottolineare come la diffusione della infezione da HIV sia dovuta in larga parte alle caratteristiche della popolazione carceraria, che comunque riflette la prevalenza di infezione negli stessi gruppi di popolazione al di fuori del carcere. A questo proposito, i correlati di infezione più comuni consistono nelle pratiche iniettive e sessuali e c'è accordo fra gli esperti nel considerare l'elevata prevalenza di infezione da HIV nei diversi istituti penitenziari un'espressione della diffusione di HIV nella comunità esterna e non un derivato della condizione di detenzione. Infatti, sebbene ci sia evidenza di trasmissione o di piccoli *outbreak* di infezioni quali HIV o HBV in ambiente carcerario [14, 15], si ritiene che la bassa incidenza di sieroconversioni non sia in grado di modificare significativamente la prevalenza attesa nell'area geografica e popolazione di appartenenza dei detenuti stessi. Al riguardo uno studio britannico longitudinale, ha mostrato un'incidenza di nuove infezioni da HIV pari a 0,41% per anno di prigione [16].

Per riassumere quanto sopra esposto, sebbene i rapporti sessuali, i tatuaggi e gli scambi di siringhe siano pratiche non infrequenti in ambito penitenziario e per questo motivo sarebbe importante avviare seri programmi di prevenzione e di riduzione del danno all'interno delle strutture penitenziarie, così come avviene negli altri paesi europei, i tassi di nuove infezioni virali appaiono contenuti, tanto che il rischio di infezione risulta maggiore in coloro che hanno passato più tempo nella comunità esterna rispetto ai detenuti continuamente reclusi. Quindi, nonostante il rischio di infezione nei tossicodipendenti tenda ad aumentare in misura proporzionale al numero delle carcerazioni, la probabilità di infettarsi non sarebbe correlata ai singoli eventi detentivi quanto ai comportamenti ad alto rischio adottati nei periodi di libertà [17]. L'elevato numero di detenzioni, quindi, sarebbe un marcatore di rischio per l'acquisizione dell'infezione da HIV. E' importante sottolineare, a questo proposito, anche l'effetto opposto, ovverosia la possibilità che detenuti infetti trasmettano l'infezione a persone che vivono al di fuori del carcere: è stato infatti osservato un aumento del rischio di infezione nelle *partner* sessuali di persone con storia di carcerazione [18, 19].

L'ambito penitenziario, peraltro, appare estremamente peculiare per quanto riguarda la diffusione di altre infezioni, in particolare quando queste si sovrappongono a quella da HIV.

Per quanto concerne i virus epatitici a trasmissione parenterale o sessuale, la prevalenza attesa in ambito penitenziario è sicuramente elevata, a causa delle tipologie comportamentali di ampie fasce di detenuti. Queste infezioni assumono ulteriore rilevanza quando vanno ad associarsi a quella da HIV. Non sono attualmente disponibili dati ufficiali nazionali sulla prevalenza di infezione da HBV o HCV nei penitenziari italiani, ma i dati di letteratura riferiti ad altri paesi occidentali indicano un'elevata diffusione di HCV soprattutto fra i tossicodipendenti, con prevalenze di positività per marcatori di HBV superiori a quelle riscontrate nell'ambiente esterno [17]. I risultati ottenuti nell'ambito del già citato studio sieroepidemiologico in 14 Istituti penitenziari italiani, hanno indicato che nei 1.620 detenuti esaminati il tasso di esecuzione dei test per HBV e HCV è stato rispettivamente del 56,2% e del 56,9%; la sieroprevalenza è stata del 8,6% per HBsAg, del 26% per HBsAb, e del 37,9% per anti-HCV. Il fattore di rischio tossicodipendenza e.v. era presente nel 42,3% dei detenuti HBsAg+ e nel 73,9% di quelli anti-HCV+. Gli stranieri sono risultati HBsAg+ nel 5,8% dei testati (positivi nel 18,9% per HbcAb) e anti-HCV+ nel 16,9% [11]. La coinfezione HIV/HCV viene riportata nel 58,6% dei pazienti detenuti conosciuti anti-HIV positivi, mentre il tasso di prevalenza HBsAg positivi è del 10,2% [20]. La circolazione del virus dell'epatite A, invece, non è stata fino ad oggi verificata all'interno delle comunità penitenziarie italiane,

neanche come segnalazione di singoli *cluster* epidemici; la conoscenza dei tassi di prevalenza intramurari di HAV potrebbe fornire informazioni utili sul grado di igienizzazione delle strutture penitenziarie. Questo tipo di conoscenze potrebbero permettere l'effettuazione di campagne vaccinali per l'epatite A e per l'epatite B che risulterebbero strategiche all'interno delle strutture penitenziarie. L'elevata potenziale contagiosità all'interno delle comunità chiuse residenziali, insieme al costante incremento di detenuti stranieri, ha indotto l'Amministrazione Penitenziaria ad una verifica della diffusione di *Mycobacterium tuberculosis*. Uno studio condotto dall'Ufficio Sanità del Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) negli anni 1998-1999 ha permesso l'esecuzione della intradermoreazione secondo Mantoux con PPD 1 U.I. sul 20,4% dei 184.702 nuovi giunti nel Sistema Penitenziario Italiano nel periodo. La cutiprevalenza rilevata è stata del 24,1%, rispetto ad un dato nazionale generale contenuto entro il 3-4% [21].

Nella popolazione detenuta femminile la diffusione di *Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)* appare superiore a quanto rilevabile nella popolazione generale [18]. Anche nella popolazione maschile, sia per i comportamenti adottati durante la libertà che per l'eventuale attività omosessuale occasionale durante la carcerazione, il rischio di MST può essere elevato, ma non si dispone di dati che consentano di formulare stime del fenomeno.

COUNSELLING

Il detenuto sieropositivo per HIV è generalmente un individuo che somma al profondo malessere, dato dalla propria condizione di detenuto, la paura della malattia potenzialmente mortale e infettiva, l'etichetta della diversità. Si tratta di persone particolarmente fragili, anche se a volte assumono atteggiamenti aggressivi, con grandi incertezze e notevoli difficoltà nel programmare il proprio futuro anche a breve termine, e rese ancora più insicure da rapporti difficili con le istituzioni, a cominciare da quelle sanitarie e da quelle giudiziarie.

L'informazione sanitaria ed il counselling di un soggetto detenuto sieropositivo e spesso tossicodipendente, deve fondarsi quindi su operatori formati e motivati.

Per il detenuto HIV sieropositivo è necessario un intervento di *counselling* approfondito, reiterato nel tempo e mirato alle condizioni di ogni singolo, che è competenza dello specialista infettivologo, con l'integrazione in sua assenza e se necessario del medico incaricato penitenziario [22]. Nella pratica è consigliabile articolare l'intervento finalizzandolo a:

- Guadagnare l'attenzione del paziente con argomentazioni tecniche che trovino però un rapido riscontro nella sua realtà quotidiana, quali i rapporti sessuali, le possibili vie attraverso le quali potrebbe essersi trasmessa l'infezione, se tossicodipendente i tipi di stupefacenti utilizzati con le vie di somministrazione e le tecniche di preparazione e di taglio. La naturalezza della discussione, senza colpevolizzare e ponendosi esclusivamente nella posizione di chi ha molte informazioni da fornire, la capacità di adeguare il proprio linguaggio alle caratteristiche dell'individuo, sono tutti elementi di grande ausilio in questa prima fase di contatto con il nuovo paziente.
- Spiegare con precisione e con la massima semplicità e comprensibilità l'evoluzione della malattia, in particolare gli eventi biologici che sono stati dimostrati avvenire nel periodo asintomatico, nonché cosa è cambiato oggi nella gestione medica della malattia grazie alle terapie antiretrovirali disponibili, dove queste agiscono e quali vantaggi garantiscono.
- Cercare di rimuovere il rifiuto da molti opposto verso la malattia e, soprattutto, verso le terapie. Su questo aspetto l'ambiente penitenziario gioca un ruolo fondamentale; per molti detenuti

l'assumere i farmaci antiretrovirali significa rendere visibile ai propri compagni, che possono assistere alla distribuzione dei farmaci, la propria condizione di sieropositività; per altri l'assunzione della terapia è il doloroso momento in cui gli viene ricordato di essere malato. E' fondamentale riuscire a far comprendere che il silenzio clinico dell'infezione non corrisponde assolutamente ad una inattività della stessa. Se si riesce a far comprendere la dinamica della malattia e se si riesce a creare le condizioni per una buona compliance alla cura allora sarà possibile effettuare sia controlli seriali che ottenere l'aderenza alle terapie.

- Garantire il rispetto delle regole stabilite ed evitare di fare promesse che non possono essere mantenute; in questa fase è necessario essere equilibrati perché la credibilità e l'autorevolezza dell'operatore devono mantenersi nel tempo affinché l'intervento mantenga la sua efficacia. Il "contratto" di reciproca fiducia che si stipula con il paziente/detenuto non può che contenere solo garanzie di assistenza, mai vantaggi ambientali rispetto agli altri compagni che risultino incomprensibili alla comunità.
- Mantenere sullo stesso livello il rapporto stabilito per tutto il periodo in cui il paziente rimane detenuto, gettando le basi perché possa proseguire al termine della pena presso il centro specialistico di riferimento della zona.
- Favorire, utilizzando la crescita del rapporto medico-paziente, l'accettazione e il rapporto con gli altri operatori penitenziari con cui interagisce il paziente-detenuto.

In ultima analisi, è possibile affermare che il counselling ai detenuti con infezione da HIV deve avere come obiettivo primario ed esplicito l'informazione ragionata delle fasi della malattia, fino alla sua consapevole accettazione ed alla formazione di una coscienza realistica e responsabile del problema.

Per i detenuti HIV negativi dovrebbero essere organizzati interventi d'informazione nei singoli istituti penitenziari orientati ad una informazione completa sull'infezione da HIV/AIDS e sulle altre malattie trasmissibili e, in particolare, sul rischio della convivenza intramuraria e di alcuni comportamenti quali l'omosessualità, l'utilizzo e lo scambio di siringhe usate, e i tatuaggi. In tutti i casi, una giusta attenzione deve essere posta nell'uso di un linguaggio che risulti semplice, appropriato e comprensibile, adeguato alla tipologia degli interlocutori in modo che venga favorita la corretta trasmissione dei messaggi.

L'impiego di mediatori culturali appare auspicabile per il *counselling* rivolto ai detenuti stranieri. In alternativa, nelle situazioni sicuramente molto frequenti di carenza di risorse per l'impiego dei mediatori, è auspicabile la formazione specifica di detenuti stranieri, con pena residua di medio-lungo termine, in modo da essere utilizzati da "mediatori interni tra pari" per i nuovi detenuti stranieri con difficoltà di lingua; tale metodologia si è già dimostrata vincente in un progetto di Formazione Educazione sanitaria volto ad implementare l'offerta del test di screening HIV negli Istituti Penitenziari Italiani [23].

DIAGNOSI

Gli aspetti diagnostici e clinici dei pazienti HIV sieropositivi, ovviamente, non differiscono nelle comunità chiuse penitenziarie da quanto avviene nei centri di riferimento esterni. Insieme alla già ricordata maggiore sensibilità necessaria nel rapporto medico-paziente ed alla corretta attuazione di un counselling specifico e reiterato nel tempo, una maggiore attenzione deve però essere posta sul decorso di altre infezioni spesso concomitanti ad HIV [24]. In questo senso, un aspetto determinante

per il controllo delle infezioni ed in particolare di HIV nell'ambito penitenziario, assume l'offerta e l'esecuzione degli screening d'ingresso del detenuto in carcere. Ad oggi, una offerta convincente dei test appare sostenuta in modo disomogeneo e solo in alcune realtà.

Appare indispensabile implementare drasticamente l'offerta del test di screening per HIV il cui livello di esecuzione, per produrre risultati veritieri, deve essere portato ad oltre l'80% dei nuovi ingressi, indipendentemente dagli eventuali comportamenti a rischio agiti dal detenuto. L'offerta del test, che è obbligo anche etico del Medici Incaricati e S.I.A.S. (Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria), deve essere opportunamente fatta ed eventualmente reiterata al singolo detenuto dopo un periodo di tempo sufficientemente lungo a fargli superare il trauma da ingresso. Contestualmente, appare egualmente necessaria l'acquisizione delle informazioni basali sulle co-infezioni con HBV, HCV, Tuberculosis, Lue.

Al completamento della caratterizzazione sierologica basale del singolo paziente, mantenendo costante il flusso informativo proprio di un counselling specifico ben strutturato, si entra nella fase di caratterizzazione specialistica del paziente detenuto risultato HIV sieropositivo con o senza ulteriori co-infezioni.

Il percorso diagnostico intramoenia non richiede provvedimenti aggiuntivi rispetto a quello seguito negli ambulatori delle U.O. territoriali di Malattie Infettive. Conoscendo i dati epidemiologici sulle infezioni in tale contesto, sarà necessaria la ricerca particolarmente accurata delle possibili co-infezioni con i virus epatitici, con il bacillo di Koch e con la Sifilide, in quanto il decorso clinico della malattia da HIV può variare ed accelerare anche drasticamente in presenza di una di queste e la gestione del paziente coinfecto diviene sicuramente più problematica rispetto a quella del paziente con la sola infezione da HIV.

Il controllo periodico dei parametri immunitari, segnatamente dei Linfociti T CD4+, consente generalmente di attrarre l'attenzione dei pazienti anche più disinteressati alla propria malattia, soprattutto se in costante decremento. Se questo tipo di finalità si aggiunge a quella clinica del monitoraggio dell'attività citolitica virale, appare condivisibile la riduzione degli intervalli temporali tra le diverse richieste di esecuzione di tali esami. Il monitoraggio della viremia HIV appare, invece, di esclusivo ausilio clinico, in particolare in corso di terapia antiretrovirale.

Poiché in tale ambiente sono frequenti gli abusi di sostanze tossiche, che possono andare dall'alcol agli psicofarmaci, ma anche agli stupefacenti quando superano i filtri di controllo, finanche all'inalazione di gas butano, sarà sempre opportuno inserire nella diagnostica di controllo dei pazienti in terapia anche lo stretto monitoraggio dei parametri emocromocitometrici, epatici, pancreatici e renali. In ambiente penitenziario, infatti, la proporzione di eventi avversi risulta anche doppia o tripla rispetto all'esterno e non è stato infrequente in passato l'interruzione di schedule terapeutiche anti-HIV per intolleranze causate dalla tossicità incrociata di un farmaco antiretrovirale con una sostanza dell'abuso.

GESTIONE

La diffusione dell'infezione da HIV in ambito carcerario costituisce ancora oggi un problema critico di sanità pubblica, di cui sia il Sistema Penitenziario che il Servizio Sanitario Nazionale devono farsi carico, ciascuno per la parte di competenza.

In particolare, il trasferimento delle competenze gestionali sulla sanità in carcere dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute sancito nell'ambito della Legge Finanziaria per l'anno 2008 [25], a completamento del processo di riordino della medicina penitenziaria avviato nel 1999 [26], segna

un cambiamento epocale anche per il management dei pazienti detenuti anti-HIV positivi. *Infatti, con il trasferimento delle responsabilità all'ambito regionale, dovranno essere promosse una serie di azioni volte a superare i principali problemi e le attuali disomogeneità nella assistenza e cura della persona sieropositiva. Nello specifico, l'assistenza dei detenuti con infezione da HIV deve essere guidata dalle Unità Operative di malattie infettive del territorio dove insiste ogni singolo Istituto Penitenziario, salvaguardando e valorizzando contestualmente le competenze e le professionalità infettivologiche già operanti in tale ambito; parallelamente, dovrà essere garantita omogeneamente in tutte le strutture di pena la costante fornitura dei farmaci antiretrovirali utilizzati nella terapia anti-HIV/AIDS, di cui fino ad oggi solo alcune Regioni si sono fatte carico.*

Un obiettivo perseguibile appare la gestione del detenuto sieropositivo per HIV non più da parte di un singolo, ma da un'equipe di professionisti medici ed infermieri penitenziari. Fra questi saranno compresi sia coloro che assumono quotidianamente la responsabilità clinica del singolo paziente detenuto, quali Dirigenti Sanitari, Medici Incaricati, Medici S.I.A.S., sia coloro che con la loro competenza e professionalità specifica sono chiamati a sviluppare il ragionamento clinico e a disegnare percorsi diagnostici e terapeutici in compatibili con le linee guida internazionali, quali i Consulenti Specialisti.

I medici che svolgono la loro attività professionale all'interno degli Istituti Penitenziari in posizione apicale, quali i Dirigenti Sanitari di ruolo, ovvero i Medici Incaricati facenti le funzioni dirigenziali, sono i responsabili attivi del controllo e della prevenzione in ogni singola comunità e devono, quindi, poter disporre di spazi di aggiornamento specifico per ogni aspetto inerente la loro attività professionale intramuraria, volti alla conoscenza e all'applicazione di tutte le strategie informative, preventive e diagnostiche necessarie al contenimento della diffusione delle malattie infettive in ambito penitenziario. In tal modo, tali figure potranno successivamente essere coinvolte sia nell'educazione sanitaria dei detenuti sani, che nella formazione delle altre figure professionali presenti nel medesimo ambito, quali gli altri medici incaricati e S.I.A.S., gli infermieri, gli Agenti di Polizia Penitenziaria, gli Educatori ed i Volontari a qualsiasi titolo utilizzati.

TRATTAMENTO

La disponibilità di tutti i farmaci antiretrovirali necessari per l'effettuazione della terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART) deve essere assicurata in tutti gli istituti penitenziari Italiani dall'Amministrazione competente.

La terapia anti-HIV ha rappresentato e rappresenta un punto critico della sanità penitenziaria; ai problemi di approvvigionamento dei farmaci, infatti, si sono sovrapposti da sempre numerosi fattori ostativi, quali i numerosi trasferimenti da istituto a istituto per motivi di giustizia ovvero disciplinari, la disomogeneità nella qualità dell'informazione associata all'offerta terapeutica, la non completa disponibilità degli esami di laboratorio utili al monitoraggio clinico, le carenze di personale infermieristico e di polizia penitenziaria, le conflittualità interne ad ogni comunità chiusa, l'atteggiamento dei singoli detenuti fino alla negazione della malattia. Uno studio condotto in era pre-HAART, suggeriva che il declino delle cellule CD4+ avvenisse più rapidamente nei pazienti detenuti rispetto a quelli liberi, attribuendone la causa allo stress da carcerazione [27].

La disponibilità della HAART ha oggi condotto ad una drastica riduzione delle nuove diagnosi di AIDS in carcere e delle morti correlate, sia in Italia, che in nord America. Nonostante questo, l'assunzione delle terapie antiretrovirali sembrerebbe ancora oggi più bassa nei pazienti detenuti rispetto a quelli liberi, anche se uno studio sulla circolazione di ceppi HIV resistenti in detenuti "naive" per farmaci antivirali ha dimostrato una prevalenza di mutazioni equivalente a quella

rilevabile in pazienti liberi della stessa area geografica [28]. Sicuramente l'offerta della terapia in base alle linee guida non deve essere inferiore a quanto avviene in libertà.

A questo proposito, un rilevamento puntuale condotto dal D.A.P. al 30 Giugno 2005 ha evidenziato in 189 dei 207 Istituti Penitenziari Italiani, in cui a quella data erano ristretti 51.408 detenuti, una assunzione di farmaci anti-HIV in 831 pazienti, equivalenti al 56,3% dei 1.477 detenuti conosciuti come HIV sieropositivi; fra i pazienti in terapia 736 (88,6%) risultava praticare uno schema altamente attivo con 3 o più farmaci antiretrovirali.

Per mantenere nel tempo la soppressione della replicazione di HIV, sono necessari livelli di aderenza agli schemi terapeutici prescritti superiori al 95%. Nelle comunità chiuse residenziali, in particolare quelle penitenziarie, è possibile un reale controllo dell'assunzione delle terapie; un approccio terapeutico di sicurezza dovrebbe basarsi sulla diretta osservazione dell'assunzione delle pillole. Numerose segnalazioni, eseguite sia in Italia [29] che negli Stati Uniti [30], hanno inequivocabilmente dimostrato il significativo vantaggio della terapia direttamente osservata (DOT) rispetto alle schedule di auto-somministrazione.

I dati della letteratura indicano che, sia con controlli intramurari che con controlli liberi attendibili, l'aumento della soppressione della replica di HIV è di circa il 20% con la DOT, pertanto appare raccomandabile una sua eventuale introduzione all'interno del Sistema penitenziario italiano, pur necessitando di valutazione sia di ordine sanitario che di natura giuridica.

L'applicazione in ogni Istituto di questa strategia, mediante registrazione su apposite schede delle eventuali mancate assunzioni e della relativa motivazione, permetterà il raggiungimento della massima efficacia terapeutica, il controllo della diffusione dei ceppi di HIV resistenti, il completo sfruttamento delle risorse destinate alla acquisizione dei farmaci antivirali.

Anche se nell'ordinamento penitenziario italiano è da alcuni anni prevista la possibilità, offrendo ogni garanzia di legge ai detenuti, di utilizzare in tale ambito farmaci sperimentali, non risultano fino ad oggi avviati studi specifici sui detenuti, pur ritenendo necessario stabilire regole specifiche; la normativa, peraltro, garantisce la possibilità di introdurre ed utilizzare nei singoli istituti farmaci antiretrovirali non ancora commercializzati disponibili nei centri specialistici esterni all'interno di programmi di accessi allargati. Tale opportunità appare fondamentale sia per i pazienti che vengono arrestati durante una terapia basata sull'utilizzo di tali farmaci, garantendo loro in tal modo la possibilità della prosecuzione in carcere, sia per i pazienti già detenuti che risultassero plurifalliti e multiresistenti alle diverse classi di farmaci antiretrovirali.

INCOMPATIBILITÀ (DIVIETO DI CUSTODIA CAUTELARE IN CARCERE: LEGGE N. 222 DEL 14/07/1993 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI)

Nei primi anni novanta, a causa dell'allora ineluttabile evoluzione della malattia, delle scarse conoscenze epidemiologiche e di un pregiudizio della salute per tutta la popolazione detenuta, costituito dal permanere in carcere dei malati di AIDS, veniva varato il decreto legge 14 maggio 1993 n. 139, convertito nella legge n. 222 del 14/07/93 che disponeva, con un automatismo che non ammetteva eccezioni, il divieto della custodia cautelare in carcere (art. 286 bis C.P.P) e il differimento obbligatorio della pena detentiva (art. 146 C.P.).

Dopo una serie di pronunce con cui la Corte Costituzionale aveva dichiarato infondate le richieste di incostituzionalità, mediante le sentenze n. 438 e 439 del 19 ottobre 1995 pubblicate sulla G.U. della Repubblica del 25 ottobre 1995, e prima ancora dell'introduzione in Italia della HAART, la Corte Costituzionale dichiarò l'incostituzionalità dell'art. 146, primo comma numero 3 del codice

penale, aggiunto all'art. 2 del D.L. 14 maggio 1993, n. 139 (differimento della pena per soggetti affetti da AIDS conclamato) e dell'art. 286 bis, primo comma del codice di procedura penale (divieto di custodia cautelare nei confronti di oggetti affetti da AIDS conclamata anche quando sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza), affidando alla autorità giudiziaria competente l'accertamento caso per caso, delle condizioni di incompatibilità delle condizioni di salute.

In particolare, con le successive correzioni apportate dalla Legge 231/99, in base all'art. 146 del codice penale, il "*rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena*" avviene quando il condannato è affetto da:

- A.I.D.S. conclamata, grave deficienza immunitaria (CD4 stabilmente pari o < a 200 cellule/ μ L in due successive determinazioni), Indice di Karnofsky pari o < 50 (le definizioni di AIDS conclamata e di grave deficienza immunitaria vengono stabilite per Decreto Ministeriale);
- altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione.

Il medico penitenziario o della ASL deve chiedere alla Direzione dell'Istituto Penitenziario di segnalare il caso all'autorità giudiziaria competente (G.i.p., Magistrato di Sorveglianza) affinché la stessa sia posta nelle condizioni di poter decidere in modo conforme a quanto stabilito dalla vigente normativa. Tale richiesta può essere avanzata dalla stessa persona detenuta tramite sanitari e legali di fiducia. In particolare è bene ricordare che l'incompatibilità si verifica quando la persona è in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del Servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti terapeutici praticabili in carcere.

Per gli imputati l'art 275 comma 4 bis e 4 ter c.p.p. (commi inseriti dall'art. 1, della citata legge 12 luglio 1999, n 231) dispone che *non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere ...se trattasi di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art 286 bis ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione.....*Nell'ipotesi in cui sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare in istituto penitenziario potrebbe porre in pericolo la salute del soggetto affetto da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, l'Autorità Giudiziaria può disporre che la misura degli arresti domiciliari venga eseguita *presso le unità operative di malattia infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS, ovvero presso una residenza collettiva o casa alloggio ...*di cui all'art. 1 legge 135/1990.

Nella Gazzetta Ufficiale n 104 del 06 05 1996 veniva poi pubblicato il Decreto datato 22 04 1996, degli allora Ministero della Sanità e Ministero di Grazia e Giustizia, contenente un primo elenco distinto per Regione, degli Ospedali presso i quali devono essere avviati i detenuti e gli internati affetti da HIV per i quali la competente Autorità abbia disposto il piantonamento.

Il giudice può inoltre, in caso di delitti previsti dall'art. 380 commessi dopo l'applicazione delle misure di cui ai commi 4 bis e 4 ter, disporre che l'imputato venga condotto in una delle strutture sanitarie penitenziarie destinate al ricovero di pazienti affetti da AIDS (comma 4 quater).

Con le citate sentenze n. 438 e n. 439 del 1995 la Corte Costituzionale infatti aveva anche posto in carico all'Amministrazione Penitenziaria l'onere di adeguare, in collaborazione con il S.S.N., le proprie strutture sanitarie al fine di renderle rispondenti alle esigenze poste dalla malattia da HIV.

A tal proposito la Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento provvedeva già con apposita circolare del gennaio 1996 ad individuare all'interno di grandi complessi penitenziari, sedi di Centro Clinico, strutture sanitarie adeguate alle fasi di acuzie post acuzie della malattia.

Con successiva circolare n. 59000178 del 4 febbraio 2000 venivano poi individuati le due attuali tipologie di reparto per detenuti affetti da HIV:

- reparti di primo livello per le esigenze diagnostiche e terapeutiche delle fasi di acuzie e post-acuzie della malattia, attivi presso il Centro Clinico di Genova Marassi, di Milano Opera, di Napoli Secondigliano e nell'Istituto Penitenziario di Roma Rebibbia N.C per complessivi 126 posti letto;
- reparti di livello intermedio (C.C. di Massa, C.C. di Modena, C.C. di Messina, C.C. di Palermo Pagliarelli, C.C. di Roma "Regina Coeli", C.C. di Sassari, C.C. di Taranto, per complessivi 70 posti letto) per le persone detenute affette da HIV e sindromi correlate in condizioni cliniche non particolarmente gravi, ma che comunque necessitano di un'assistenza sanitaria diversa da quella assicurata in una sezione di istituto di pena ordinaria.

E' necessario ricordare che *"la custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia si trova in una fase così avanzata da non rispondere più secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno , ai trattamenti disponibili e alle terapie curative"* (comma 4 quinquies)

Con l'art. 47 quater legge 354/ 1975, eludendo il limite di quattro anni e favorendo un percorso di cura e di riabilitazione esclusivo per le persone affette da AIDS conclamata, il legislatore sembra in qualche modo incentivare un processo di recupero per la sola infezione da HIV, mentre nulla viene stabilito per altri tipi di patologie o infezioni gravi diffuse nei penitenziari italiani come l' HCV e l'HBV.

Per accedere alle misure alternative il legislatore pone due condizioni:

- 1) certificazione del servizio sanitario pubblico o del servizio sanitario penitenziario attestanti le condizioni previste dal comma 2 dell'art. 286 -bis c.p.p. (AIDS conclamato o grave immunodeficit)
- 2) concreta attuabilità di un programma di cura e assistenza (in corso o da attuare) presso le Unità Operative di Malattie Infettive Ospedaliere o Universitarie.

In caso di applicazione della misura della detenzione domiciliare, i centri di servizio sociale per adulti svolgono l'attività di sostegno e controllo circa l'attuazione del programma. I detenuti affetti da malattie diverse dall'AIDS, ai sensi della normativa vigente, possono ottenere la detenzione domiciliare ai sensi dell'art. 47 ter solo se in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedono costanti contatti con i presidi territoriali sempre che la pena da scontare, anche solo come parte residua, non supera i quattro anni. Quando ricorrono i presupposti per il rinvio obbligatorio o facoltativo della pena di durata maggiore a quattro anni, il Tribunale di sorveglianza può disporre la detenzione domiciliare stabilendo un termine di durata di tale applicazione salvo proroga (art 47 ter punto uno ter). Da quanto sopra esposto emerge con evidenza sia la grande discrezionalità concessa alla Magistratura competente, in merito al giudizio sulla compatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione e sul tipo di misura alternativa da disporre, sia l'accresciuta responsabilità dei sanitari penitenziari (medici incaricati e infettivologi sia penitenziari che delle Unità Operative di malattie Infettive) i quali debbono certificare non solo l'esistenza di condizioni di salute che determinano lo stato di incompatibilità con il regime penitenziario, ma attestare anche la non attuabilità di un programma di cura e di assistenza presso le strutture penitenziarie. E' bene ricordare che la normativa sopra esposta prevede la revoca dei provvedimenti inerenti l'applicazione delle misure alternative se il condannato risulta imputato per reati commessi dopo la concessione e in caso di ripetute e ingiustificate inosservanze del programma di cura e di assistenza, con l'obbligo per la struttura sanitaria pubblica (U.O. di Malattie Infettive) di comunicare alla magistratura competente il verificarsi di tali casi.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO E NOTA

Non si è ritenuto di introdurre indicazioni su “Forza della raccomandazione e livelli di evidenza”.

1. Long J., Allwright S., Barry J., Reynolds S.R., Thornton L., Bradley F., Parry J.V. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey” *BMJ*. 2001; 323 (7323): 1209-13.
2. Samuel MC, Doherty PM, Bulterys M, Jenison S.A. “Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA” *Epidemiol Infect*. 2001 Dec;127(3):475-84.
3. Spaulding A., Stephenson B., Macalino G., Ruby W., Clarke J.G., Flanigan T.P. “Human Immunodeficiency Virus in Correctional Facilities: A Review” *Clin Inf Dis* 2002; 35; 305-12.
4. Babudieri S., D’Offizi G.P., Starnini G. “L’infezione da HIV nel Sistema Penitenziario Italiano” In: *AIDS in Italia - 20 anni dopo*. Masson ed. 2004; cap. 17 ; pgg. 129-136.
5. Centers for Disease Control and prevention (CDC) “HIV/AIDS educational and prevention programs for adults in prisons and jails and juveniles in confinement facilities – United States” *JAMA* 1996; 275 (17); 1306-08.
6. Macher A., Kibble ., Wheeler D. “HIV transmission in correctional facilities” *Emerg Infect Dis* 2006; 12 (4); 669-71.
7. Babudieri S., Starnini G., Brunetti B., Carbonara S., D’Offizi G.P., Monarca R., Mazzarello G., Novati S., Casti A., Florenzano G., Quercia G., Iovinella V., Sardu C., Romano A., Dierna M., Vullo S., Pintus A., Maida I., Dori L., Ardita S., Mura M.S., Andreoni M., Rezza G. “HIV and related infections in Italian prisons: epidemiology and health organization” *Ann Ist Sup San* 2003; 39 (2); 251-257.
8. Ministero della Giustizia Italiano – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria “Statistiche sull’esecuzione negli istituti penitenziari” 2007 www.giustizia.it/statistiche/statistiche_dap/det/detg00_organigramma.htm .
9. Suligoi B., Pezzotti P., Boros S., Urciuoli R., Rezza G., & HIV Study group “Epidemiological changes in AIDS and HIV infection in Italy” *Scand J Infect Dis* 2003; 35; suppl. 106; 12-16.
10. Sabbatini A., Carulli B., Villa M., Correa Leite M.L., Nicolosi A. & Northern Italian Seronegative Drug Addicts Study “Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993–1999” *AIDS*; 2001; 15 (16); 2181–85.
11. Babudieri S., Longo B., Sarmati L., Starnini G., Dori L., Suligoi B, Carbonara S, Monarca R, Quercia G, Florenzano G., Novati S., Sardu A., Iovinella V, Casti A, Romano A., Maida I., Mura M.S., Brunetti B., Andreoni M., Rezza G. “Correlates of HIV, HBV, and HCV infection in a prison inmate population: Results from a multicentre study in Italy” *J Med Virol* 2005; 76 (3); 311-17.
12. Decreto Legge 14 maggio 1993 n. 139 (coordinato e modificato con la legge di conversione n. 222/1993) (G. U. n. 112 del 15 maggio 1993 e la legge di conversione nella G. U. n. 163 del 14 luglio 1993).
13. Istituto Superiore di Sanità Centro Operativo AIDS “Aggiornamento dei casi di AIDS notificati Italia - June 2007. *Not Ist Sup Sanità* 2007, 18 S1.
14. Sarmati L., Babudieri S., Longo B., Starnini G., Carbonara S., Monarca R., Buonomini A.R., Dori L., Rezza G., Andreoni M. and GLIP “Human Herpesvirus 8 and Human Herpesvirus 2 infections in prison population” *J Med Virol* 2007; 79; 167–173.
15. Macalino G.E., Salas C.M., Sanford S., Rich J., Spaulding A., Vlahov D. “Intake prevalence and intra-prison transmission of HIV and other bloodborne pathogens among incarcerated man and women in Rhode Island” 39th Meeting of I.D.S.A., Alexandria (VA) U.S.A.; 2001; abstract 742.

16. Edwards S., Tenant-Flowers M., Buggy J., Horne P., Easterbrook P., Taylor C. "Issues in the management of prisoners infected with HIV1: the King's College Hospital HIV prison service retrospective cohort study" *Br Med J* 2001; 322; 398-9.
17. Bick J.A. "Infection Control in Jails and Prison" *Clin Inf Dis* 2007; 45; 1047-1055.
18. Kahn RH, Scholl DT, Shane SM, Lemoine AL, Farley TA. "Screening for syphilis in arrestees: usefulness for community-wide syphilis surveillance and control" *Sex Transm Dis* 2002;29(3):150-6.
19. Perez-Molina JA, Fernandez-Gonzalez F, Hernangomez S, Gonzalez C, Miralles P, Lopez-Bernaldo De Quiros JC, Bouza E. "Differential characteristics of HIV-infected penitentiary patients and HIV-infected community patients." *HIV Clin Trials*. 2002; 3(2): 139-47.
20. Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione generale dei Detenuti e del Trattamento – Ufficio III – Servizio Sanitario Penitenziario; "Rilevamento puntuale al 30/06/2005 su HIV, coinfezione con virus patitici e loro terapia nel Sistema Sanitario Penitenziario Italiano" 2006; Comunicazione personale.
21. Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio III – Servizio Sanitario Penitenziario; "Esecuzione della Intra-dermoreazione sec. Mantoux negli Istituti Penitenziari Italiani. Anni 1998–1999" 2000.
22. Babudieri S. "Il counselling nei detenuti con infezione da HIV" capitolo 33 di: "Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS" Bellotti G.G. & Bellani M.L. McGraw-Hill Libri Italia ed., 1997, pag. 587–601.
23. Starnini G., Carbonara S., Grosso G., D'Offizi G.P., Monarca R., Tomasini A., Albanese F., Cospito A., Iardino R. & Babudieri S. "Unaware HIV–Infected persons: The IN & OUT Project to promote HIV screening in prisoners" XVI World Conference on AIDS – Toronto (Canada) 13–18/08/2006; abstract n° A-011-0209-09758.
24. Long J, Allwright S, Barry J, Reynolds SR, Thornton L, Bradley F, Parry JV "Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey" *BMJ* 2001; 323(7323): 1209-13.
25. Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008). (G.U. n. 300 del 28-12-2007 - Suppl. Ordinario n. 285).
26. Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.
27. Griffin M.M., Ryan J.G., Briscole V.S., Shadle K.M. "Effects of incarceration on HIV–infected individuals" *J Natl Med Assoc* 1996; 88 (10); 639–644.
28. Casado C, Urtasun I, Saragosti S, Chaix ML, De Rossi A, Cattelan AM, Dietrich U, Lopez-Galindez C. "Different distribution of HIV type 1 genetic variants in European patients with distinct risk practices" *AIDS Res Hum Retroviruses* 2000; 16: 299-304.
29. Babudieri S., Aceti A., D'Offizi G.P., Carbonara S., Starnini G. "Directly Observed Therapy to treat HIV Infection in Prisoners" [letter] *JAMA* 2000; 284 (2); 179-80.
30. Kirkland LR, Fischl MA, Tashima KT, Paar D, Gensler T, Graham NM, Gao H, Rosenzweig JR, McClernon DR, Pittman G, Henthaller SM, Hernandez JE. "Response to lamivudine-zidovudine plus abacavir twice daily in antiretroviral-naive, incarcerated patients with HIV infection taking directly observed treatment" *Clin Infect Dis* 2002; 34(4); 511-8.