

HIV e carcere

Francesca Magnano di San Lio*

L'art. 275 del codice di procedura stabilisce l'incompatibilità con il regime carcerario per i soggetti affetti da Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, o da accertata grave insufficienza immunitaria, ovvero da altra malattia particolarmente grave. Viste le caratteristiche della patologia HIV-relata, lo psichiatra, per quanto di sua competenza, deve oggi valutare la presenza di "malattia particolarmente grave" in questi soggetti, e tenere in considerazione la presenza di patologie che, precedenti all'acquisizione dell'infezione, ne sono diventati fattori di rischio, ovvero che, susseguenti ad essa, ne costituiscono l'effetto. Alcune entità nosologiche HIV-relate di competenza psichiatrica si configurano, infatti, come incompatibili con la detenzione nel rispetto dell'art. 27, III comma della costituzione, secondo il quale "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

Con il DM del 31 marzo 2008 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28/07/08) Il Ministero della Salute ha istituito il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Fino al 2008, infatti, solo l'AIDS era sottoposto a notifica obbligatoria, mentre l'infezione da HIV (in fase pre-AIDS) non lo era.

Nel 2009 sono stati diagnosticati 4,5 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti italiani e 22,2 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 stranieri residenti. Nel 2009 quasi una persona su tre diagnosticata come HIV positiva è di nazionalità straniera. Le stime, effettuate sulla base dei dati disponibili, indicano che in Italia sono attualmente presenti tra 143.000 e 165.000 persone HIV positive viventi, di cui più di 22.000 in AIDS. Rispetto a venti anni fa, oggi si infetta un minor numero di persone (circa 4.000 all'anno), ma è molto più elevato il numero dei sieropositivi viventi per effetto della maggiore sopravvivenza.

Dati allarmanti provengono dalla Società

italiana di medicina e sanità penitenziaria, che rileva la presenza di circa tremila detenuti affetti da HIV.

Il 31 marzo u.s. ciò è stato oggetto di una interrogazione parlamentare rivolta in particolare al ministro della Giustizia, Angelino Alfano, e al ministro del Welfare Maurizio Sacconi; in particolare, dei circa tremila detenuti affetti da HIV ben il 15 per cento verserebbe in fase di Aids conclamata.

In data 1° aprile 2008 il Consiglio dei Ministri ha approvato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri riguardante il trasferimento al Servizio sanitario nazionale della sanità penitenziaria, finora di competenza del Ministero della Giustizia; questo percorso era iniziato più di 10 anni fa, con il D.Lgs. 230/99, e prevede la totale presa in carico dell'assistenza sanitaria in carcere da parte del Servizio sanitario nazionale, sottraendola al Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione penitenziaria –. Inoltre, la legge 231/99 stabilisce l'incompatibilità tra detenzione e AIDS, o comunque una grave deficienza immunitaria, e conferma il principio generale del divieto di detenzione in

*Medico interno frequentatore, UOPI di Psichiatria, AOU Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania. P.O. Gaspare Rodolico

carcere, prevedendo il ricorso agli arresti domiciliari, il trasferimento in luoghi di cura, la concessione dell'affidamento in prova e della detenzione domiciliare. All'articolo 1 si stabilisce che all'articolo 275 del codice di procedura penale sono apportate le seguenti modificazioni:

- 4 bis: Non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere quando l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere.
- 4 ter: Nell'ipotesi di cui al comma 4-bis, se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture sanitarie penitenziarie non è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti, il giudice dispone la misura degli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza. Se l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, gli arresti domiciliari possono essere disposti presso le unità operative di malattie 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'articolo 1, comma 2, della legge 5 giugno 1990, n. 135.
- 4-quinquies. 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. Per i soggetti condannati in via definitiva ed

affetti da Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, con l'articolo 286-bis del codice di procedura penale si introduceva una presunzione assoluta di "incompatibilità con lo stato di detenzione" nei "casi di Aids conclamata o di grave deficienza immunitaria", senza che queste fossero in alcun modo definite in maniera specifica. Veniva quindi aggiunto l'articolo 286-bis al codice di procedura penale, contenente disposizioni relative al trattamento di persone affette da HIV, per specificare che cosa si intendesse per AIDS conclamata o grave deficienza immunitaria, condizione sufficiente per far venire meno la custodia cautelare in carcere, in quanto che comportano una situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione.

Con il D.M. 25 maggio 1993 veniva definita la situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione per le persone con infezione da HIV: "La situazione di Aids conclamata ricorre quando la persona è segnalata in base alle disposizioni di cui alla circolare del Ministero della Sanità 13 febbraio 1987, n. 5. La grave deficienza immunitaria, ai fini della medesima disposizione, ricorre quando, anche in assenza di identificazione e segnalazione ai sensi della citata circolare, la persona presenti un deficit immunitario esplicitato da un numero di linfociti T/CD4+ pari o inferiore a 100/mm³ come valore ottenuto in almeno due esami consecutivi effettuati a distanza di quindici giorni uno dall'altro". Si veniva così a creare una sorta di automatismo di scarcerazione.

Su questa questione intervengono due sentenze della Corte Costituzionale, le n. 438 e 439 del 18 ottobre 1995, dichiarando l'illegittimità costituzionale degli articoli 146 1° comma n. 3 codice penale e 286-bis 1° comma codice di procedura penale, nella parte in cui prevedono, rispettivamente, il differimento della pena e il divieto di custodia cautelare in carcere nei confronti delle persone affette da HIV, anche quando

l'espiazione della pena e l'applicazione della misura cautelare possono "avvenire senza pregiudizio alla salute del soggetto e di quella degli altri detenuti". Ciò è stato modificato ampiamente dalla Legge 231/99, in virtù della quale ora si prevede che "L'esecuzione di una pena, che non sia pecuniaria, è differita, se deve avere luogo nei confronti di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art. 286-bis, comma II c.p.p., ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trovi in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative". Questa impostazione coincide con l'art. 27, III comma della costituzione, secondo il quale "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

Le complicanze neurologiche dell'infezione da HIV sono state evidenziate molto presto, ed è noto che l'HIV può essere isolato dal liquor e se ne può riscontrare la presenza nel tessuto cerebrale. Inoltre, è noto come lo screening per patologie psichiatriche e dipendenza da sostanze, all'inizio e durante tutto il corso della infezione da HIV, sia fondamentale per il trattamento e la qualità della vita di questi soggetti, e come il trattamento della patologia psichiatrica concomitante possa migliorare a latere il decorso dell'infezione, associandosi a miglioramento dell'immunodeficit.

Inoltre, allungandosi l'aspettativa di vita di questi soggetti, una adeguata valutazione dell'assetto neuropsichiatrico costituisce questione cardine per verificare l'efficacia del trattamento antiretrovirale di combinazione insieme ad i dati biologici. Per quanto

concerne l'AIDS, sono numerose le condizioni causate direttamente dal virus dell'HIV, o legate alla comparsa di infezioni opportunistiche a seguito della grave immunodeficienza, che caratterizzano la malattia come "particolarmente grave", e sono inoltre presenti patologie neuropsichiatriche rilevanti frutto dell'azione diretta del virus, che ha un particolare tropismo per il SNC, degli effetti dei farmaci assunti per la terapia antiretrovirale di combinazione e della reazione psicologica allo stress correlato alla malattia. Non bisogna inoltre dimenticare come tra i soggetti affetti da HIV sia alta l'incidenza di disturbi da uso di sostanze (via di trasmissione del virus nel 9.7% dei casi per i CDC nel 2009), in particolare sostanze iniettabili, e della omosessualità che, specialmente per quella maschile, rappresenta tuttora la più frequente causa di trasmissione del virus, ed è in continua crescita (tra il 50-60% delle diagnosi, secondo i dati del Center for Disease Control di Atlanta 2009). A questi vanno sommati i casi dei soggetti omosessuali che fanno uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, che si assestano intorno al 2,7%.

Nella valutazione psichiatrica del paziente affetto da AIDS, per la valutazione del differimento della pena o dell'incompatibilità con il regime carcerario bisognerà valutare in prima istanza la presenza di patologie con requisiti di particolare gravità direttamente correlate all'infezione da virus dell'HIV, in particolare l'AIDS Dementia Complex (ADC), nel corso del quale è possibile rilevare un acquisito e persistente declino cognitivo senza alterazioni dello stato di vigilanza, ed associata alterazione della funzione motoria.

Sulla base del corteo sintomatologico è possibile classificare i seguenti stadi della patologia:

- Stadio 0 (normale): funzioni conservate;
- Stadio 0.5 (Subclinico): Presenza di sintomatologia minima od equivoca di

sintomi cognitivi o motori caratteristici di ADC, o lievi segni (movimenti ripetitivi di suzione, lentezza dei movimenti degli arti inferiori), ma senza modificazioni della capacità di lavorare o di attendere alle necessità della vita quotidiana; la deambulazione e la forza sono normali;

- Stadio 1 (Lieve): evidenza inequivocabile (presenza di segni e sintomi e compatibilità della performance ai test neuropsicologici) di deficit intellettuale o motorio caratteristico di ADC, ma con conservata capacità lavorativa; il soggetto è ancora in grado di camminare senza assistenza;

- Stadio 2 (Moderato): il soggetto non è più in grado di lavorare né di svolgere le attività quotidiane, ma è ancora in grado di prendersi cura dell'igiene personale; la deambulazione autonoma è ancora possibile, ma con assistenza protesica;

- Stadio 3 (Severo): presenza di deficit cognitivo maggiore e disabilità motoria (impossibilità di deambulare senza assistenza);

- Stadio 4: stato prevegetativo. Comprensione e risposte a livello rudimentale, il soggetto si presenta mutacico; presenza di paraparesi o paraplegia con incontinenza doppia.

L'ADC si presenta principalmente nel contesto della infezione tardiva da HIV-1 e si associa ad immunosoppressione severa. Da quanto è possibile dedurre dal Multicentered AIDS Cohort Study (MACS), l'incidenza dell'ADC è di circa 7.34 casi per 100 persone-anno in soggetti con conta dei CD4+ < 100; di 3.04 casi per conta dei CD4+ da 101 a 200; di 1.31 da 201 a 350, 1.75 per conta da 351 a 500, e 0.46 per conta > 500.

Di minore importanza per la valutazione della compatibilità con il regime carcerario è il disturbo cognitivo-motorio minore, in quanto che non si associa a compromissione funzio-

nale del soggetto, e molto spesso va considerato in diagnosi differenziale con i disturbi dell'umore, che sono invece prevalenti.

Non direttamente correlata all'azione del virus, ma alla diagnosi di infezione da HIV, è la prevalenza del 50% di disturbi dell'umore, in particolare disturbo depressivo, ansioso o ossessivo-compulsivo. Di particolare importanza è la valutazione dei disturbi dell'umore perché spesso alla depressione è associata ideazione suicidaria. Le stime mostrano una incidenza di depressione che varia da <5% a 48%, in base alla popolazione studiata. Una meta-analisi condotta su 10 studi prima dell'avvento della HAART mostrava che le persone infette da HIV hanno una probabilità due volte maggiore di avere una diagnosi di depressione maggiore rispetto ai soggetti sani. Pence e collaboratori hanno stimato che il 39% della popolazione inclusa nel loro studio soddisfaceva i criteri per disturbi dell'umore e d'ansia, e che circa il 29% di essi aveva una depressione clinicamente rilevante; se considerati nel loro insieme, i disturbi dell'umore erano quattro volte più frequenti se confrontati con la popolazione generale, e questo in epoca HAART. Ciononostante, alcuni studi condotti nell'era post_HAART suggeriscono che la terapia antiretrovirale di combinazione riduce i tassi di incidenza della depressione, così come ha evidenziato Storace, che in una coorte di 395 pazienti riscontrava la presenza di sintomi depressivi nel 14% dei soggetti trattati con HAART, contro il 24% dei soggetti non trattati con HAART (dato statisticamente significativo).

Alcuni studi mostrano come coloro che sono affetti da HIV/AIDS hanno un numero maggiore di fattori stressanti che devono affrontare facendo ricorso alle personali risorse di coping, il che aumenta la vulnerabilità alla depressione ed all'ideazione suicidaria.

4 Si veda, in favore delle adozioni "aperte" alla famiglia di origine praticate in alcuni Paesi di diritto anglosassone, l'articolo di Stèphanie Romanens-Pythoud in *Minori Giustizia*, 2, 2007

Questi stressors possono essere classificati in tre aree: 1. psicosociali; 2. sanitari e biochimici; 3. disturbi cognitivi. In particolare, il decadimento cognitivo può rendere più complesso affrontare la depressione e l'ideazione suicidaria. La frequenza più alta si registra dopo la comunicazione della diagnosi, la comparsa delle prime manifestazioni sintomatiche e l'inizio della terapia antiretrovirale di combinazione; ciò potrebbe essere correlato con l'azione diretta del virus sulle strutture del sistema nervoso centrale, in particolare sulle strutture limbiche, e sovrapporsi con un disturbo del tono dell'umore già presente come vulnere nei soggetti tossicodipendenti e/o omobisessuali.

Vi sono numerosi rilievi di più alti tassi di incidenza di disturbo bipolare e maniacalità secondaria nei soggetti affetti da HIV/AIDS. La maniacalità secondaria si verifica solo in una piccola percentuale di pazienti, spesso nelle fasi terminali della infezione da HIV, ma può avere conseguenze gravi. La neurotossicità da HIV sembra giocare un ruolo fondamentale nella patogenesi della maniacalità secondaria, e questo dato è supportato dall'evidenza che i farmaci antiretrovirali che passano la barriera ematoencefalica conferiscono protezione contro di essa. I comportamenti maniacali, in particolare l'aumento dell'attività sessuale e dell'abuso di sostanze, costituiscono inoltre un fattore di rischio per l'acquisizione e la diffusione dell'infezione da HIV.

La prevalenza dei disturbi psicotici in HIV va da meno dello 0.5% fino al 15%, a seconda della popolazione studiata. Generalmente la maggior parte dei sintomi si presentano nelle età più avanzate, e pertanto deve essere effettuata una attenta diagnosi differenziale con il delirium. Lo spettro sintomatico è variabile, ma sono prevalenti le illusioni a contenuto persecutorio, di grandezza o di patologia organica, così come risultano più

frequenti le allucinazioni di tipo uditivo. La patogenesi non è ben chiara; attualmente l'ipotesi più probabile sembra essere quella della neuro-degenerazione subcorticale causata direttamente dal virus dell'HIV o da infezioni virali concomitanti, e dall'uso, antecedente all'acquisizione dell'infezione da HIV, di metanfetamine. Numerose osservazioni confermano che le psicosi sono di fatto un fattore di rischio per l'acquisizione dell'infezione da HIV, in primo luogo la schizofrenia per l'elevata probabilità di comorbidità con l'abuso di sostanze, con gli alti tassi di partner multipli anonimi, e con la tendenza allo scambismo sessuale.

Bibliografia

"Neurological Complications of AIDS Fact Sheet," NINDS. Publication date January 2006. NIH Publication No. 06-5319.

Alciati A, Starace F, Scaramelli B, et al. Has there been a decrease in the prevalence of mood disorders in HIV-seropositive individuals since the introduction of combination therapy? *Eur Psychiatry* 2001;16:491-6.

Benton T, Lynch K, Dubé B, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor suppression of HIV infectivity and replication. *Psychosom Med.* 2010;72(9):925-32.

Benton TD. Depression and HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep.* 2008 Jun;10(3):280-5.

Britton CB. "Acquired Immunodeficiency Syndrome" in Merritt's Neurology, Ch 24, via Ovid.

Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:725-30.

Collins PY, Holman AR, Freeman MC, et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review.

AIDS 2006;20:1571-82.

Cournos F, Empfield M, Horwath E, et al. HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *Am J Psychiatry*. 1991 Sep;148(9):1225-30.

DeLorenze GN, Satre DD, Quesenberry CP, Tsai AL, Weisner CM. Mortality after diagnosis of psychiatric disorders and co-occurring substance use disorders among HIV-infected patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2010 ;24(11):705-12.

Dore GJ et al. Marked improvement in survival following AIDS dementia complex in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*. 2003 Jul 4; 17(10):1539-45.

Dougherty RH et al. Progression of HIV-associated dementia treated with HAART. *AIDS Read* 2002 Feb; 12(2): 69-74.

Gantz, NM et al., eds. "HIV-1 and Infections of the Central Nervous System" in *Manual of Clinical Problems in Infectious Disease*, Ch 86, via Ovid. 1999 Lippincott Williams & Wilkins.

Grant I, Atkinson JH. Neuropsychiatric aspects of HIV infection and AIDS. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. pp. 308–336.

Hinkin CH, Castellon SA, Atkinson JH, Goodkin K. Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *J Clin Epidemiol*. 2001 ;54 Suppl 1:S44-52.

Lyketsos CG, Schwartz J, Fishman M, Treisman G. AIDS mania. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*. 1997;9:277–280.

Mijch AM, Judd FK, Lyketsos CG, Ellen S, Cockram A. Secondary mania in patients with HIV infection: are antiretrovirals protective? *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*. 1999;11:475–480.

Mkanta WN, Mejia MC, Duncan RP. Race,

outpatient mental health service use, and survival after an AIDS diagnosis in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS Patient Care STDS*. 2010 Jan;24(1):31-7.

Pence BW, Miller WC, Whetten K, et al. Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the southeastern United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42:298-306.

Perretta P, Akiskal HS, Nisita C, et al. The high prevalence of bipolar II and associated cyclothymic and hyperthymic temperaments in HIV patients. *J Affect Disord*. 1998;50:215–224.

Rabkin JG, McElhiney MC, Ferrando SJ. Mood and substance use disorders in older adults with HIV/AIDS: methodological issues and preliminary evidence. *AIDS* 2004;18 Suppl 1:S43-8.

Sewell DD, Jeste DV, Atkinson JH, Heaton RK, Hesselink JR, Wiley C, et al. HIV-associated psychosis: a study of 20 cases. *Am J Psychiatry*. 1994;151(2):237–242

Shander G, Himelhoch S, Moore RD. Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs* 2006;66:769-89.

Starace F, Bartoli L, Aloisi MS, et al. Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS. The NeuroICONA study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:20-6.

Stoff DM. Mental health research in HIV/AIDS and aging: problems and prospects. *AIDS* 2004;18 Suppl 1:S3-10. Snider WD, Simpson DM, Nielsen S, Gold JW, Metroka CE, Posner JB. Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients. *Ann Neurol*. 1983;14(4):403-18.

Vance DE, Struzick T, Childs G. Challenges of depression and suicidal ideation associated with aging with HIV/AIDS: implications for social work. *J Gerontol Soc Work.* 2010;53(2):159-75.