

# HIV e infezioni correlate negli Istituti Penitenziari Italiani: note di epidemiologia e di organizzazione sanitaria

Sergio BABUDIERI (a), Giulio STARNINI (b), Bruna BRUNETTI (c), Sergio CARBONARA (d),  
Gian Piero D'OFFIZI (e), Roberto MONARCA (b), Giovanni MAZZARELLO (f),  
Stefano NOVATI (g), Aldo CASTI (h), Grazia FLORENZANO (h), Giulio QUERCIA (h),  
Enzo IOVINELLA (h), Celestino SARDU (h), Anacleto ROMANO (h), Marinella DIERNA (h),  
Serafino VULLO (h), Antonio PINTUS (a), Ivana MAIDA (a), Luca DORI (i),  
Sebastiano ARDITA (c), Maria Stella MURA (a), Massimo ANDREONI (i) e Giovanni REZZA (a)

- (a) Istituto di Malattie Infettive e Parassitarie, Università degli Studi, Sassari  
(b) Divisione di Malattie Infettive, Ospedale Belcolle, Viterbo  
(c) Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero della Giustizia, Roma  
(d) Istituto di Malattie Infettive, Università degli Studi, Bari  
(e) IV Divisione Malattie Infettive, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, Roma  
(f) Istituto Malattie Infettive, Università degli Studi, Genova  
(g) Clinica Malattie Infettive, Policlinico S. Matteo, Pavia  
(h) Istituti Penitenziari Italiani di Cagliari, Sassari, Sulmona (AQ), Napoli Poggioreale,  
Napoli Pozzuoli, Lecce, Ragusa, Agrigento  
(i) Cattedra di Malattie Infettive, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma  
(l) Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Riassunto.** - HIV ed altre infezioni costituiscono un importante problema sanitario nelle carceri italiane. In particolare, la prevalenza dell'infezione da HIV è elevata a causa delle caratteristiche della popolazione reclusa, in gran parte rappresentata da tossicodipendenti e stranieri. Inoltre, i risultati di indagini condotte nelle carceri di altri paesi industrializzati suggeriscono che l'adozione di comportamenti a rischio durante il periodo di detenzione non è infrequente e la trasmissione di infezioni quali quella da HIV è possibile. I dati di indagini condotte dall'amministrazione penitenziaria nelle carceri italiane mostrano una diminuzione nella sieroprevalenza di HIV dal 9,7% nel 1990 al 2,6% nel 2001. Questi dati sono però ampiamente incompleti e potenzialmente affetti da distorsioni dovute alla auto-selezione dei reclusi nei confronti del test sierologico HIV o a variazioni nell'offerta del test. E' pertanto necessario raccogliere informazioni maggiormente accurate, possibilmente attraverso la conduzione di indagini che escludano l'identificazione dell'individuo, al fine di pianificare meglio i servizi sanitari e gli interventi di prevenzione.

*Parole chiave:* HIV, carceri, epidemiologia, organizzazione sanitaria.

**Summary** (*HIV and related infections in Italian prisons: epidemiology and health organization*). - HIV and other infections represent an important health problem in Italian jails. In particular, HIV prevalence is high, due to the characteristics of the prison population, which is constituted by a large proportion of injecting drug users and foreigners. In addition, data from other countries suggest that risky behaviour are not uncommon during imprisonment, and transmission of HIV and other infection in this setting may also occur. Data from surveys conducted by the Penitentiary Authority in Italian jails show a decline of HIV seroprevalence from 9.7% in 1990 to 2.6% in 2001. However, these data are largely incomplete and do not account for possible biases due to self-selection of inmates toward HIV serological testing or to variations in the access to screening activities. More accurate data, possibly obtained through anonymous unlinked surveys, are needed in order to better plan health services and preventive measures.

*Key words:* HIV, jail, epidemiology, health organization.

## Introduzione

L'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) rappresenta un problema critico per le persone detenute, a causa della sovrapposizione di numerosi fattori negativi di tipo medico, ma anche sociale, ambientale ed organizzativo.

Il sistema penitenziario di un paese moderno deve essere in grado di garantire ai cittadini detenuti sia il bene salute che la pari opportunità terapeutica rispetto ai cittadini liberi.

Fino agli anni '70, in carcere erano predominanti le patologie di pertinenza psichiatrico-comportamentale. In seguito, la rapida diffusione dell'infezione da HIV

nei tossicodipendenti per via endovenosa, una popolazione largamente rappresentata all'interno degli istituti penitenziari italiani, ed il contemporaneo incremento della componente straniera extracomunitaria, hanno profondamente alterato le tipologie cliniche della medicina penitenziaria. Le patologie virali croniche, le malattie infettive emergenti, riemergenti e d'importazione rappresentano oggi problemi pressanti per la medicina delle comunità chiuse penitenziarie.

Le strutture sanitarie all'interno dei penitenziari italiani non erano state concepite per questo. In proposito, è evidente come l'emergenza AIDS abbia profondamente modificato l'organizzazione sanitaria penitenziaria nel corso degli ultimi venti anni. Appare necessario sottolineare, inoltre, come una tipologia comportamentale particolarmente "difficile" dei pazienti detenuti, dovuta al basso livello socio-culturale ed alla marginalità, nonché all'elevata conflittualità verso gli altri detenuti e verso gli agenti di polizia penitenziaria, sia spesso rilevabile in tale ambito. Ne possono conseguire una ridotta percezione della malattia, con una bassa accettazione delle eventuali procedure diagnostiche e terapeutiche, ovvero la negazione della stessa come reazione di difesa all'ambiente ostile.

La possibilità che in alcuni penitenziari, non solo in quelli dei paesi del terzo mondo, possano crearsi situazioni di tensione anche molto elevata, con eventuali conflitti e abusi, fino al mancato rispetto anche continuativo dei diritti umani, è stata segnalata, oltre che dalle organizzazioni umanitarie quali Amnesty International, anche sulla letteratura medica, con particolare riferimento al sistema penitenziario degli USA [1, 2]. Tali situazioni venivano indicate e stigmatizzate anche per enfatizzare il valore centrale del medico penitenziario come elemento di garanzia; il rispetto della dignità umana, l'applicazione dei programmi di educazione sanitaria con il coinvolgimento degli operatori penitenziari e dei familiari dei detenuti, ed il conseguimento della pari opportunità diagnostica e terapeutica per i cittadini detenuti rispetto a quelli liberi, sono considerati oggi fattori essenziali per il mantenimento dei diritti umani. A questo proposito, occorre ricordare come ad una maggiore apertura verso l'esterno si associ un minor rischio di abusi intramurari [1, 2].

#### **Prevenzione dell'infezione da HIV e organizzazione penitenziaria**

Dopo le prime segnalazioni su "AIDS e carcere" nel corso dei primi anni '80 [3, 4], numerose altre voci hanno sottolineato, sulla letteratura internazionale, i tanti e diversi aspetti connessi alla diffusione dell'epi-

demia da HIV in ambito penitenziario, al suo controllo, ed alla prevenzione nelle popolazioni residenti. In particolare, dal 1987 in poi, sono state anche indicate alcune necessità di tipo organizzativo, quali:

- la formazione per tutti gli operatori penitenziari, su infezione da HIV e malattie trasmissibili [5, 6];
- l'informazione sanitaria a tutti i detenuti, in particolare sul rischio di alcuni comportamenti intramurari, quali l'omosessualità e l'utilizzo di siringhe usate, anche se occasionali [5-7];
- la disponibilità, a richiesta, della fornitura di profilattici [5, 7-9];
- il controllo dell'introduzione e circolazione illecita di aghi e siringhe, il cui uso reiterato favoriva la trasmissione delle infezioni [5, 8, 10, 11];
- l'incremento dell'offerta del test sierologico HIV [5, 7, 10];
- il non isolamento e/o segregazione dei pazienti sieropositivi [5, 7];
- il raggiungimento e mantenimento di *standard* igienici soddisfacenti in tutti gli istituti penitenziari [5, 11];
- la garanzia di adeguati finanziamenti per la diagnosi e la cura dei pazienti con AIDS [5, 6, 7, 11];
- la disponibilità di linee guida sulla gestione dei pazienti [5-7];
- la garanzia di riservatezza sui risultati del test HIV ed il *counselling* pre- e post-test [5-7];
- il raggiungimento di una qualità dei servizi, sia medici che infermieristici, pari a quella delle strutture esterne [7];
- l'opportunità, per i pazienti terminali, di concludere la propria esistenza in libertà e con la massima dignità possibile [7].

#### **Diffusione e trasmissione dell'infezione da HIV in ambito carcerario**

Col passare del tempo, le conoscenze relative alla diffusione dell'infezione da HIV nelle strutture penitenziarie hanno cominciato ad assumere maggior consistenza ed a svelare le reali dimensioni del fenomeno. Ad esempio, i casi di AIDS notificati dagli istituti penitenziari degli USA risultano cinque volte superiori a quanto rilevabile nella popolazione generale [8]. Sempre in Nord America, su una popolazione detenuta residente superiore a 1,9 milioni di individui, i sieropositivi per HIV risultano essere il 3,5% tra le donne e il 2,2% tra gli uomini [12]; si stima che un quarto dei pazienti Nord-americani con infezione da HIV, transiti almeno una volta all'anno in carcere [10].

Studi comportamentali hanno suggerito che, non solo la prevalenza di infezione da HIV nella popolazione carceraria è particolarmente elevata, ma anche che esiste nell'ambito penitenziario la potenzialità per una ulteriore circolazione virale.

L'ampia diffusione dell'infezione da HIV è dovuta in larga parte alle caratteristiche della popolazione carceraria ed è un riflesso diretto della 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 nell'omosessualità maschile, come è risultato da un'indagine condotta nelle prigioni gallesi [8]. Diversi studi hanno però confermato che tali comportamenti non sono infrequenti anche durante la residenza nell'ambiente carcerario. Ad esempio, indagini condotte in alcuni istituti penitenziari londinesi hanno evidenziato un'elevata frequenza di comportamenti a rischio, quali scambio di siringhe o attività sessuale fra i detenuti [13] o uso di sostanze stupefacenti in una buona metà dei detenuti tossicodipendenti [14].

Nonostante questi dati risultino allarmanti, c'è però 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 [10, 11, 13, 15]. Infatti, sebbene ci sia evidenza di trasmissione o di piccoli *outbreak* di infezioni quali HIV o HBV in ambiente carcerario [16-18], si ritiene che la bassa incidenza di sieroconversioni non sia in grado di modificare significativamente la prevalenza attesa nell'area geografica di appartenenza dei detenuti stessi. Si evidenziano a riguardo i risultati di uno studio longitudinale condotto negli Stati Uniti, a Baltimora, che ha mostrato un'incidenza di nuove infezioni da HIV pari a 0,41% per anno di prigione [10].

In definitiva, è probabile che l'incarceramento riduca i comportamenti iniettivi (ovverosia, una parte dei tossicodipendenti tende a smettere o quantomeno a ridurre la frequenza di assunzione) ma anche che la frequenza di pratiche a rischio si modifichi e tenda ad aumentare in coloro che continuano ad iniettarsi sostanze stupefacenti.

Per riassumere quanto sopra esposto, sebbene i rapporti sessuali, i tatuaggi e gli scambi di siringhe siano considerate pratiche non infrequenti in ambito penitenziario, i tassi di nuove infezioni virali appaiono estremamente contenuti, tanto che il rischio di infezione risulta maggiore in coloro che hanno passato più tempo nella comunità esterna rispetto ai detenuti continuamente reclusi [19, 20]. Quindi, nonostante il rischio di infezione nei tossicomani 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 [21]. 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 incarcerazione [13].

## Altre infezioni

### *Virus epatitici*

La prevalenza attesa di infezione da virus epatitici a trasmissione parenterale o sessuale in ambito penitenziario è sicuramente elevata, a causa delle tipologie comportamentali di ampie fasce di detenuti.

Non sono attualmente disponibili dati ufficiali nazionali sulla prevalenza di infezione da HBV o HCV nei penitenziari italiani, ma osservazioni parcellari effettuate in singoli istituti confermerebbero l'elevata diffusione di HCV soprattutto fra i tossicodipendenti e prevalenze di positività per marcatori di HBV superiori a quelle riscontrate nell'ambiente esterno.

Queste infezioni assumono ulteriore rilevanza quando vanno ad associarsi a quella da HIV. Negli USA è stato rilevato che il 44,3% dei detenuti sieropositivi per HIV residenti nelle carceri della California erano anti-HBcAg+ e che il 65,0% era anti-HCV+ [12]. Nei tossicodipendenti dei penitenziari del New Mexico l'incidenza di HCV risultava essere dell'82,2%, mentre quella per anti-HBcAg era del 61,1% [22]. Anche in Irlanda, la diffusione della tossicodipendenza e dei virus epatitici correlati è elevata nell'ambito penitenziario [23]. E' da sottolineare come i pazienti coinfecti necessitino di accurate valutazioni cliniche in relazione all'aumento del rischio di progressione dell'epatite cronica verso la cirrosi e l'insufficienza epatica.

La circolazione del virus dell'epatite A non è stata 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.

Infine, sia nei detenuti HIV sieropositivi che negli immunocompetenti, la vaccinazione per l'epatite B e per l'epatite A appaiono strategiche all'interno delle strutture penitenziarie [24].

### *Mycobacterium tuberculosis*

Nei detenuti con infezione da HIV la cutiprevalenza per PPD è decisamente più elevata rispetto alla popolazione generale. Uno studio condotto dall'Ufficio Sanità del Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria negli anni 1998-1999, ha permesso l'esecuzione della intradermoreazione secondo Mantoux con PPD 1 UI sul 20,4% dei 184 702 nuovi giunti nel sistema penitenziario italiano nel

periodo. La cutiprevalenza rilevata è stata del 24,1% (Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, 2002, Comunicazione personale), rispetto ad un dato nazionale generale contenuto entro il 3-4%.

Negli USA sono state segnalate epidemie intramurarie di TBC [25-27] e sono stati avviati programmi di terapia breve per il trattamento dell'infezione latente [28, 29]. Questi elevati tassi di cutipositività tubercolinica, insieme con la possibilità di focolai epidemici comunitari, sono allarmanti soprattutto per i detenuti con infezione da HIV ed avanzato stato di immunodeficienza, i quali presentano un rischio elevato di malattia tubercolare.

#### *Malattie sessualmente trasmesse*

Nella popolazione detenuta femminile, in cui non sono infrequenti attività legate alla prostituzione, la diffusione di malattie sessualmente trasmesse può essere rilevante. 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 malattie sessualmente trasmesse può essere elevato. Infatti, sono state recentemente riportate 3 epidemie di sifilide in istituti maschili dello stato dell'Alabama (USA) [30], la cui origine è stata indagata dalle autorità sanitarie competenti (Centers for Disease Control, CDC, Atlanta). L'acquisizione dell'infezione luetica era significativamente associata ai trasferimenti in carceri giudiziarie di breve degenza, con contatti con popolazioni non testate per lue, con la permanenza di trasferiti non testati nel proprio carcere, e con rapporti sessuali intramurari multipli [30]. Un'analisi puntuale eseguita successivamente su 50 941 arrestati, ha permesso di eseguire lo screening per lue nel 76% dei detenuti, rilevando una diagnosi di sifilide in 494 (1,3%) [31]. Un'altra indagine eseguita in cinque penitenziari statunitensi ha evidenziato una sieroprevalenza di HIV pari al 17% e tassi elevati anche per *Chlamydia* e gonorrea [32].

#### **Terapie antiretrovirali**

La disponibilità di tutti i farmaci antiretrovirali necessari per l'effettuazione di terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART) è oggi assicurata negli istituti penitenziari italiani dagli organismi competenti.

La terapia anti-HIV ha rappresentato però a lungo un punto critico della sanità penitenziaria; ai problemi di approvvigionamento dei farmaci, infatti, si sovrappongono da sempre numerosi fattori che la ostacolano, quali i numerosi trasferimenti da istituto a istituto per motivi di giustizia ovvero disciplinari, la

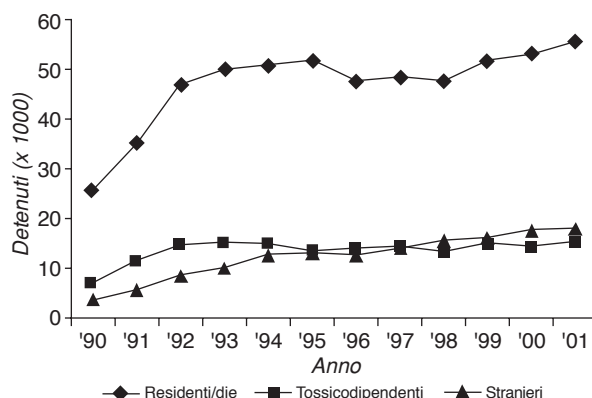
disomogeneità nella qualità dell'informazione associata all'offerta terapeutica, la non completa disponibilità degli esami di laboratorio utili al monitoraggio clinico, le carenze di personale infermieristico e di custodia, le conflittualità interne ad ogni comunità chiusa, l'atteggiamento dei singoli fino alla negazione della malattia.

Uno studio condotto in era pre-HAART, suggeriva che il declino delle cellule CD4+ avveniva più rapidamente nei pazienti detenuti rispetto a quelli liberi, attribuendone la causa allo stress da incarcerazione [33]. Bisogna però considerare che, data la tipologia comportamentale, per molti detenuti il periodo detentivo appare come l'unica possibilità di conoscere la propria condizione patologica, di essere informati in modo corretto ed esauriente e di avviare una terapia salvavita. La completa disponibilità della HAART ha oggi condotto ad una drastica riduzione delle nuove diagnosi di AIDS in carcere e delle morti correlate, sia in Italia [34], che in Nord America [35]. Nonostante questo, l'assunzione delle terapie antiretrovirali appare ancora oggi più bassa nei pazienti detenuti rispetto a quelli liberi [36, 37]. Uno studio sulla circolazione di ceppi HIV resistenti in detenuti "naive" per farmaci antivirali ha, peraltro, dimostrato una prevalenza di mutazioni equivalente a quella rilevabile in pazienti liberi della stessa area geografica [38].

Per mantenere nel tempo la soppressione della replicazione di HIV, sono necessari livelli di aderenza agli schemi terapeutici prescritti superiori al 95% [39, 40]. Nelle comunità chiuse residenziali, in particolare quelle penitenziarie, è possibile un reale controllo dell'assunzione delle terapie; diverse osservazioni, eseguite sia in Italia [41] che negli USA [42-44], hanno inequivocabilmente dimostrato il significativo vantaggio della terapia direttamente osservata rispetto alle schedule di autosomministrazione. Questi dati indicano che la modalità di somministrazione direttamente osservata, previa libera accettazione della terapia da parte del singolo paziente è assolutamente raccomandabile in tutto il sistema penitenziario italiano.

#### **I dati ufficiali**

I problemi relativi alla diffusione delle malattie infettive in generale e dell'infezione da HIV in particolare, appaiono critici in buona parte degli oltre 200 istituti penitenziari presenti sul territorio nazionale. Il controllo e la gestione di queste problematiche sanitarie necessitano di linee guida esecutive e di risorse adeguate. Per la gestione della sanità penitenziaria, secondo queste nuove esigenze, appare oggi indispensabile una programmazione basata sulla conoscenza approfondita della reale dimensione dei problemi.



**Fig. 1.** - Detenuti presenti nelle carceri italiane, detenuti tossicodipendenti e stranieri: 1990-2001. I dati derivano dai rilevamenti puntuali del Dipartimento dell'Amministrazione Sanitaria del Ministero della Giustizia e sono riferiti al 31 dicembre di ogni anno.

Gli unici dati al momento disponibili sono quelli pubblicati semestralmente dal Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), mediante la "Indagine nazionale sui detenuti tossicodipendenti e affetti da virus HIV" [34].

L'ufficio statistico del DAP sviluppa l'indagine ricevendo da ogni istituto penitenziario le schede compilate con i dati anagrafici, sierologici, clinici e di giustizia. Le informazioni relative ai dati anagrafici e a quelli connessi alla giustizia sono raccolti dagli uffici matricola avvalendosi dei fascicoli ufficiali dei singoli detenuti, mentre le informazioni di tipo sanitario sono raccolte nell'ambito delle infermerie.

Nel corso del 2001 sono stati registrati 80 958 ingressi nel sistema penitenziario italiano, rispetto ai 65 831 del 1990, con un picco massimo di 100 179 nel 1994. Il numero complessivo dei presenti nel corso dell'anno è stato di 104 825. Le presenze giornaliere si sono mantenute intorno alle 55 000 unità, rispetto ad una recettività ufficiale di circa 45 000 posti. Durante gli ultimi 12 anni la popolazione detenuta è più che raddoppiata raggiungendo i livelli attuali a partire dai circa 25 000 giornalmente residenti del 1990 (Fig.1); nello stesso periodo, la prevalenza dei detenuti che dichiara una tossicodipendenza per via endovenosa si è mantenuta stabile intorno al 30%.

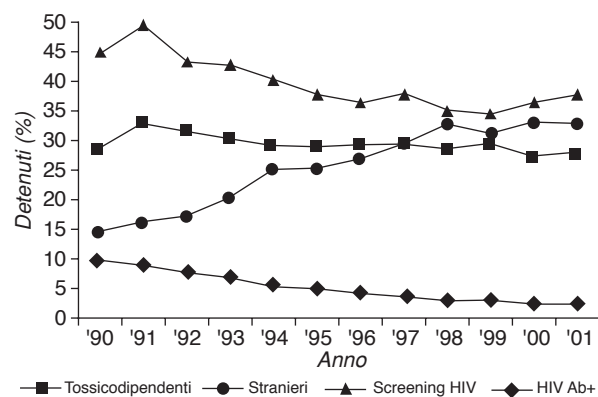
La popolazione detenuta straniera ha mostrato un deciso incremento salendo dai 10 072 del 1990, pari al 15,3% di tutti i detenuti nuovi giunti, fino ai 26 482 nuovi giunti stranieri (32,7%) del 2001.

La proporzione di test sierologici per HIV eseguiti sul totale dei detenuti evidenzia un notevole decremento dal 49,4% del 1991 al 37,7 del 2001, con punte minime del 34,5% (1999) e del 35% (1998) (Fig. 2). Ciò fa ipotizzare una riduzione dell'attenzione verso il problema nel corso degli ultimi anni. 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. Tali variazioni sono, almeno in parte, la conseguenza di una mancanza di standardizzazione delle procedure di screening o offerta del test; essendo quindi l'iniziativa lasciata ai singoli, il tasso di esecuzione del test tende a variare da un istituto ad un altro.

Nei rilevamenti puntuali eseguiti semestralmente dal DAP, la prevalenza di positività per HIV è andata diminuendo da un valore pari al 9,7% riscontrato il 31/12/1990 al 2,6% del 31/12/2001; parallelamente, la prevalenza di positività per HIV nei detenuti tossicodipendenti per via endovenosa, è passata dal 32,6% all'8,1% (Fig. 2). Questi dati, pur rispecchiando una reale diminuzione delle nuove infezioni tra i tossicodipendenti per via endovenosa, appaiono oggettivamente sottostimati rispetto ai tassi di positività anti-HIV rilevati dai Servizi territoriali per le tossicodipendenze (SER.T.); inoltre, la limitata esecuzione dei test di screening nei detenuti dichiaratisi non-tossicodipendenti, non permette di raccogliere alcuna informazione sulla possibile diffusione dell'infezione per via sessuale. 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.

I detenuti con diagnosi di AIDS sono aumentati da 1,6% del 31/12/1990, a 11,9% del 31/12/2001. Infatti, nonostante i cambiamenti legislativi andati in vigore



**Fig. 2.** - Proporzione di tossicodipendenti, stranieri, test sierologici HIV effettuati, e sieropositivi (HIV Ab+) sul totale dei detenuti, secondo i dati del Dipartimento dell'Amministrazione Sanitaria del Ministero della Giustizia: 1990-2001.

nel 1990 prevedessero l'automatico allontanamento dalla restrizione negli istituti italiani per tutti i pazienti con cellule CD4+ inferiori a 200 CD4/mmc, a partire dal 1994, a causa di noti episodi (ad esempio, famoso quello della banda dell'AIDS di Torino, in cui persone scarcerate in quanto affette da AIDS sono rimaste coinvolte in episodi di criminalità) è stato deliberato che la scarcerazione debba essere concessa solo in base alle condizioni certificate dai medici e dopo attenta valutazione della pericolosità del singolo. I nuovi casi di AIDS notificati al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità sono invece diminuiti da 280 (1993) a 101 (2001), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti.

### Conclusioni

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. Numerosi fattori organizzativi, ambientali e strutturali di natura non medica, sono alla base di tali difficoltà. Spesso tali fattori non possono essere rimossi in quanto strettamente radicati nelle strutture penitenziarie e necessari (es. trasferimenti repentini e non concordati con il medico specialista curante per motivi di giustizia, di disciplina o di sfollamento, mancata esecuzione di esami di controllo per trasferimento di urgenza degli agenti che dovrebbero portare i prelievi al laboratorio dell'ospedale, ecc.), e finalizzati al raggiungimento del fine primario dell'attività in tale ambito esercitata, che è e deve rimanere la custodia dei detenuti.

In tutti i paesi del mondo occidentale, a causa della particolare tipologia dei detenuti, si assiste ad un'ampia diffusione di infezioni virali croniche, fra le quali l'HIV, nell'ambito penitenziario. Ciò rende necessaria la formulazione e attuazione di misure in grado di coniugare le necessità della sicurezza e della custodia con il diritto alla cura dei detenuti incarcerati. Nessun programma sanitario potrà essere realizzato in assenza di dati accurati sulle reali dimensioni dei problemi. Le informazioni attualmente disponibili sulla situazione dei detenuti italiani riguardano solo l'infezione da HIV e sono probabilmente affette da sottostima. A questo proposito, l'esecuzione di indagini di tipo *anonymous unlinked* potrebbe determinare un notevole aumento delle conoscenze attraverso l'acquisizione di dati accurati. Studi sierologici pianificati *ad hoc* potrebbero anche essere utili per definire con maggior dettaglio i motivi della mancata esecuzione del test ed eventuali differenze fra detenuti testati e non testati. Appare

altresì necessario acquisire maggiori conoscenze anche sulla diffusione di altre infezioni, quali quelle dovute ai virus epatitici, al *Mycobacterium tuberculosis*, ed alle altre malattie sessualmente trasmissibili.

Per far ciò è necessaria una stretta collaborazione tra il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e le istituzioni scientifiche interessate, nonché le Divisioni Ospedaliere di Malattie Infettive convenzionate e i medici presenti sul campo nei singoli istituti penitenziari. Ciò risulta indispensabile per il definitivo raggiungimento della pari opportunità di diagnosi, assistenza e trattamento per i cittadini detenuti.

Ricevuto il 23 dicembre 2002.

Accettato il 10 marzo 2003.

### BIBLIOGRAFIA

1. Thorburn KM. Conditions in prison. *Lancet* 1988;351:1003-4.
2. Thorburn KM. Health care in correctional facilities. *West J Med* 1995;163(6):560-4.
3. Hanrahan JP, Wormser G, Maguire GP, DeLorenzo LG, Gavis G. Opportunistic infections in prisoners. *N Engl J Med* 1982;307:498[letter].
4. Wormser GP, Krupp LB, Hanrahan J, Gavis G, Spira TJ, Cunningham-Rundles S. Acquired immunodeficiency syndrome in male prisoners. *Ann Int Med* 1983;98:297-303.
5. Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* 1987;ii:1260-3.
6. Centers for Disease Control. HIV/AIDS educational and prevention programs for adults in prisons and jails and juveniles in confinement facilities – United States, 1994. *JAMA* 1996; 275(17):1306-8.
7. World Health Organization. WHO consultation on prevention and control of AIDS in prison. Geneva 16-18/11/1987. *Lancet* 1987;ii:1263-4.
8. McMillan A. HIV in prison. Action, research, and condom needed. *BMJ* 1988;297:873-4.
9. Conacher GN. AIDS, condoms and prisons. [letter] *Lancet* 1988;2(8601):41-2.
10. Brewer TF, Vlahov D, Taylor E, Hall D, Munoz A, Polk F. Transmission of HIV1 within a statewide prison system. *AIDS* 1988;2:363-7.
11. Glaser JB, Griefinger RB. Correctional health care: a public health opportunity. *Ann Int Med* 1993;118:139-45.
12. Spaulding A, Stephenson B, Macalino G, Ruby W, Clarke JG, Flanigan TP. Human immunodeficiency virus in correctional facilities: a review. *Clin Inf Dis* 2002;35:305-12.
13. Carvell LM, Hart GJ. Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison. *BMJ* 1990;300:1383-4.
14. Bird AG, Gore SM, Hutchins S, Lewis SC, Cameron S, Burns S. Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. *BMJ* 1997;315:21-4.

15. Bellis MA, Weild AR, Beeching NJ, Mutton KJ, Syed Qutub. Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison. *BMJ* 1997;315:30-1.
16. Mutter RC, Grimes RM, Labarthe D. Evidence of intraprisn spread of HIV infection. *Arch Int Med* 1994;154:793-5.
17. Horsburgh CR Jr, Jarvis JQ, McArthur T, Ignacio T, Stock P. Seroconversion to human immunodeficiency virus in prison inmates. *Am J Public Health* 1990;80:209-10.
18. 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.
19. Macalino GE, Salas CM, Sanford S, Rich J, Spaulding A, Vlahov D. Intake prevalence and intra-prison transmission of HIV and other bloodborne pathogens among incarcerated men and women in Rhode Island. 39<sup>th</sup> Meeting of IDSA, Alexandria (VA) USA; 2001 (abstract 742).
20. Rich JD, Dickinson B, Macalino GE *et al*. Prevalence and incidence of HIV among incarcerated and reincarcerated woman in Rhode Island. *JAIDS* 1999;22:161-6.
21. Strathdee SA, Galai N, Safaiean M *et al*. Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users. *Arch Int Med* 2001;161:1281-8.
22. Samuel MC, Doherty PM, Bulterys M, Jenison SA. 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.
23. 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.
24. Centers for Disease Control and prevention (CDC). Protection against viral hepatitis recommendations of the Immunization Practice Advisory Committee (ACIP). *MMWR* 2001;39(RR2):1-26.
25. Drug-susceptible TB outbreak in a state correctional facility housing HIV-infected inmates - South Carolina, 1999-2000. *MMWR* 2000;49:1041-4.
26. Mohle-Boetani JC, Miguelino V, Dewsnup DH, Desmond E, Horowitz E, Waterman SH, Bick J. Tuberculosis outbreak in a housing unit for human immunodeficiency virus-infected patients in a correctional facility: transmission risk factors and effective outbreak control. *Clin Infect Dis* 2002;34(5):668-76.
27. Spradling P, Drociuk D, McLaughlin S, Lee LM, Peloquin CA, Gallicano K, Pozsik C, Onorato I, Castro KG, Ridzon R. Drug-drug interactions in inmates treated for human immunodeficiency virus and *Mycobacterium tuberculosis* infection or disease. An institutional tuberculosis outbreak. *Clin Infect Dis* 2002;35(9):1106-12.
28. Bock NN, Rogeers T, Tapia JF, Herron GD, DeVoe B, Geirter LJ. Acceptability of short-course rifampin and pyrazinamide treatment of latent tuberculosis infection among jail inmates. *Chest* 2001;119:33-7.
29. Update: fatal and severe liver injuries associated with rifampin and pyrazinamide for latent tuberculosis infection and revision of ATS/CDC recommendations - United States, 2001. *MMWR* 2000;49:1041-4.
30. Wolfe MI, Xu F, Patel P, O'Cain M, Schillinger JA, St Louis ME, Finelli L. An outbreak of syphilis in Alabama prisons: correctional health policy and communicable disease control. *Am J Public Health* 2001;91(8):1220-5.
31. 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.
32. Arriola KR, Braithwaite RL, Kennedy S, Hammett T, Tinsley M, Wood P, Arboleda C. A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails. *Public Health Rep* 2001;116(6):520-9.
33. Griffin MM, Ryan JG, Briscoe VS, Shadle KM. Effects of incarceration on HIV-infected individuals. *J Natl Assoc* 1996;88:639-44.
34. Italia. Ministero della Giustizia Italiano. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. *Indagine nazionale sui detenuti tossicodipendenti e affetti da virus HIV; rilevamento al 31/12/2001*. Roma: Ministero della Giustizia; 2002. 130 p.
35. Decrease in AIDS-related mortality in a state correctional system - New York, 1995-1998. *MMWR* 1999;47:1115-7.
36. 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.
37. Baillergeon J, Borucki MJ, Zepeda S, Jenson HB, Leach CT. Antiretroviral prescribing patterns in the Texas prison system. *Cin Infect Dis* 2000;31:1476-81.
38. Stone DR, Corcoran C, Wurcel A, McGovern B, Quirk J, Brewer A, Sutton L, D'Aquila RT. Antiretroviral drug resistance mutations in antiretroviral-naive prisoners. *Clin Infect Dis* 2002;35(7):883-6.
39. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C., Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Int Med* 2000;133:21-30.
40. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR, Moss A. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS* 2001;15(9):1181-3.
41. Babudieri S, Aceti A, D'Offizi GP, Carbonara S, Starnini G. Directly observed therapy to treat HIV infection in prisoners. [letter] *JAMA* 2000;284(2):179-80.
42. Kirkland LR, Fischl MA, Tashima KT, Paar D, Gensler T, Graham NM, Gao H, Rosenzweig JR, McClernon DR, Pittman G, Hesselthaler 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.
43. Fischl M, Castro J, Monroig R, Scerpella E, Thompson L, Rehtine D, Thomas D. *Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials*. 8<sup>th</sup> CROI - Chicago 2001 (abstract 528).
44. Mitty JA, Stone VE, Sands M, Macalino G, Flanigan T. Directly observed therapy for the treatment of people with human immunodeficiency virus infection. A work in progress. *Clin Inf Dis* 2002;34:984-90.