CAPITOLO 9

AIDS E CARCERE

AIDS E CARCERE

Massimo Montisci
Centre of Behavioural and Forensic Toxicology - Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE

Il drammatico trend della diffusione dell'infezione da HIV, il peculiare substrato dei soggetti malati, rappresentato in Europa dai tossicodipendenti, talora con gravi pendenze giudiziarie[1], ha indotto ed induce l'attenzione verso quelle situazioni nelle quali sembra più arduo tradurre una degna consapevolezza antropologica in concrete iniziative, di ordine sociale, assistenziale e sanitario, veramente efficaci.
Uno di questi territori "grigi" è indubbiamente rappresentato da quello carcerario, già di per sé segnato, ancor prima della "crisi-AIDS", da un compito preventivo-rieducativo estremamente difficile e pertanto, esposto a valutazioni critiche di varia origine, ed alla necessità di ridefinire e modellare le proprie soluzioni metodologiche ed operative.
Diritto alla vita ed alla salute fisica, pari dignità fra cittadini (liberi o detenuti), rispetto della privacy individuale e del diritto all'informazione, umanizzazione degli spazi vitali ed abitativi (con particolare riferimento a quelli interni ad istituzioni "totali"), dovere di curarsi e farsi curare, sono i punti principali sui quali si è incentrata l'attenzione.
L'orientamento internazionale è concorde nell'affermare che l'azione preventiva debba necessariamente passare attraverso l'informazione, l'educazione ed una responsabile modificazione comportamentale. Valga ad esempio il fatto che la condizione coatta e monosessuale tipica della vita carceraria può favorire condotte "a rischio" per l'infezione da HIV, amplificando nello specifico ambito le problematiche sollevate dall'AIDS e dividendo talora in orientamenti opposti giuristi, scienziati ed operatori del settore.

[1] La problematica appare ancor più chiara quando si presti attenzione al fatto che in Europa la percentuale di tossicomani per via endovenosa raggiunge il 30% della popolazione carceraria e che il numero di sieropositivi fra i tossicomani per via endovenosa è valutato tra il 50 ed il 70%.

In merito, lo studio di Harding[2] dell'87 su commissione del Consiglio d'Europa rilevava profonde situazioni discriminatorie presenti nei luoghi di pena, talora in modo più crudo ed acuto rispetto all'esterno: situazioni favorite dalla promiscuità, dalla violenza, dai comportamenti antisociali. Ma soprattutto dalla vulnerabilità psichica dei detenuti e del personale che esacerbano i timori e gli atteggiamenti irrazionali di rifiuto.
Per dare una visione sintetica ed allo stesso tempo ampia del problema, si possono identificare tre situazioni peculiari[3]: il tema dello screening HIV nei detenuti, se e quali le misure preventive sia necessario attuare in ambiente carcerario, ed infine, gli aspetti di compatibilità con il regime di detenzione.

TEST DI SCREENING NEI RECLUSI

L'attuale situazione vigente nelle carceri italiane ed estere, alla luce della specifica normativa in tema di accertamenti diagnostici per infezione da HIV[4], non differisce da quelle presente in qualsiasi altro ambiente, sanitario e non: è attuato (ed è attuabile) lo screening solo previo consenso informato del detenuto.
Il tema è stato tuttavia ampiamente dibattuto da diverse posizioni.
La costituzione italiana garantisce il diritto alla salute[5] (che è ovviamente più esteso del diritto alla semplice integrità fisica) ed indubbiamente particolari circostanze possono imporre la preminenza del dovere di solidarietà sociale e della tutela della salute pubblica sui diritti individuali di libertà. Ma una compressione di questi, come nei trattamenti sanitari obbligatori, può aver luogo solo in casi ben specificati e non può mai oltrepassare i limiti del rispetto della dignità della persona umana.
Sintetizzando l'ampio dibattito scientifico in materia, è da ritenere sostanzialmente inutile lo screening universale, come anche quello selettivo, obbligatorio. Questo

[2] Harding T.W.,"AIDS in prison", Lancet, 2, 1260, 1987.
[3] Per un'ampia trattazione delle problematiche vedi "AIDS. Situazione Carceraria", Istituto Scientifico S. Raffaele, Liviana Ed., Padova, 1990.
[4] L'art. 5 della L.135/90 recita: "*.....3. Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse. Sono consentite analisi di accertamento di infezione da Hiv nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire alla identificazione delle persone interessate.....5. L'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione in particolare per l'iscrizione alla scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro....*
[5] L'art. 32 della Costituzione recita:"*La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*".

sia per le così dette categorie a rischio, sia per altri particolari gruppi, quale appu nto quello della popolazione carceraria. Detta convinzione si fonda su numerose e varie considerazioni dettagliatamente esposte da diversi autori[6] e sulle quali non ci si sofferma. Vale per tutti, a prescindere da difficoltà organizzative, la semplice convinzione dell'importanza della collaborazione e della fiducia nel rapporto con il sieropositivo e con il malato di AIDS, tanto più se detenuto. L'imposizione di norme coercitive non farebbe altro che spingere queste persone a comportamenti autodistruttivi aggressivi nei confronti della società. In tal senso quindi risulta importante l'adozione di una strategia fondata sull'offerta consapevole ed informata del test.
Occorre d'altronde ribadire che lo stato detentivo in sé non implica rischi particolari nè per i membri della comunità carceraria nè per la collettività nel suo insieme: semplicemente, il detenuto è più facilmente coercibile. Sarebbe quindi auspicabile il perseguimento di una prevenzione responsabilizzante ed il miglioramento generale delle oggettive condizioni di vita carceraria.
Contrariamente, le posizioni di adozione del test in maniera sistematica, assolutamente non condivisibili anche alla luce del dettato normativo, trovano origine sostanzialmente in motivazioni epidemiologiche, al fine di ottenere dati certi senza approssimazioni sull'incidenza del fenomeno nelle carceri, e di sorveglianza sanitaria, al fine di raggruppare all'interno di un sistema "chiuso" una popolazione particolarmente difficile da gestire sul piano medico, ottenendo in maniera semplice, il duplice scopo di proteggere tutto il personale, detenuti e non, e di limitare la diffusione dell'infezione.

AIDS E MISURE PREVENTIVE IN AMBIENTE CARCERARIO

La peculiare incidenza dell'infezione da HIV nell'ambito della popolazione carceraria ha sicuramente condotto ad un risultato positivo. Il conseguente clima di sospetto e di diffidenza che si è venuto a creare all'interno degli Istituti, sia tra i detenuti

[6] Tra tutti: Ricci P., "Tutela dei diritti del malato di AIDS ed esigenze della collettività", Riv. It. Med. Leg., XVIII, 750, 1996; Gabrielli M., "Accertamento sanitario in tema di AIDS", Atti del convegno "Prospettive e direttive in tema di accertamento sanitario in materia di AIDS", Firenze 19.1.1991, Etruria medica 1, 83, 1992; Cattorini P., "AIDS, fra responsabilità e coercizione, Considerazioni etiche sull'opportunità di introdurre forme di screening obbligatorio per l'infezione da HIV", Riv. It. Med. Leg., XI, 23, 1989; Benciolini P., "L'indagine sulla sieropositività HIV senza il consenso dell'interessato. Un breve (ma particolare) commento medico legale al 3° co dell'art. 5 della legge 135/90", AIDS. AIDS e leggi sull'AIDS, Istituto Scientifico H San Raffaele, Europa Scienza Umana Ed., Milano 1993, p.129.

così come tra il personale di sorveglianza, ha infatti portato ad un indiscutibile miglioramento della qualità dell'igiene della vita.
In tale ambito la importante attivazione sul piano dell'informazione ha giocato un ruolo essenziale, attraverso l'attuazione di conferenze allargate da parte di specialisti, promosse negli Istituti, al fine di chiarire la reale portata del problema e soprattutto dei rischi infettivi all'interno delle strutture penitenziarie per il personale, civile e militare, e per i detenuti.
Come infatti sottolineato da Steudler[7] *"l'infezione da HIV è una delle rare malattie gravi per la quale esiste il consenso generale di adottare un'etica della verità nei confronti del malato; la spiegazione di ciò si trova nel suo carattere contagioso"*.
L'attuazione di capillari programmi di informazione, dopo una prima fase di "tensione-preoccupazione", ha generato un clima di tranquillità con conseguente rilassamento chiarendo che l'attinenza a poche, semplici e generali regole igieniche, rende praticamente impossibile il contagio.
In tale ambito è emblematico l'atteggiamento del Dipartimento della Sanità dello stato di New York che ha messo in atto un'articolata strategia preventiva: lezioni di 30-45 minuti di informazione sull'infezione da HIV per detenuti sieropositivi, loro congiunti e conviventi, integrate da 15 minuti di dibattito. Al detenuto inoltre viene consegnato all'uscita un pacco contenente materiale educativo sull'AIDS, materiale informativo sull'infezione da HIV, spiegazioni semplici, ma approfondite sul contagio sessuale, sull'uso dei profilattici, sullo scambio di siringhe, nonché un elenco dei centri a cui rivolgersi per avere più dettagliate informazioni, effettuare accertamenti medici, seguire programmi di disintossicazione dalle sostanze d'abuso.
Tuttavia ciò non toglie che seppure eliso il problema sul piano razionale, sotto il profilo emotivo talora si rileva una certo allarmato "sospetto", in forma subdola e talora ben camuffata, palesemente indice di ignoranza o di scarsa ricezione di semplici nozioni scientifiche.
Questo problema presenta altri importanti aspetti. Una politica di tipo repressivo sembrerebbe essere la soluzione più facile per circoscriverne la diffusione. I rapporti sessuali sono implicitamente o formalmente vietati ed ancor più il consumo di droghe. È tuttavia risaputo che nella situazione di privazione sessuale in cui i detenuti si trovano, i rapporti omosessuali sono molto più frequenti. Da qui un rischio non indifferente di trasmissione del virus dal gruppo dei "positivi" agli altri. La conseguenza logica di questo stato di fatto è dunque quella di permettere ai detenuti di procurarsi i profilattici all'interno delle stesse istituzioni, con differenti modalità: tramite il servizio medico, attraverso il personale di guardia, allo spaccio o per mezzo

[7] Steudler E., "Scoperta della sieropositività. Aspetti psicologici", Federazione medica, XLI/8, 611, 1988.

di distributori automatici. Pare indubbio che quest'ultimo si presenta come il più interessante. In primo luogo per la salvaguardia dell'anonimato del soggetto. In secondo luogo, per scopi educativi. Se infatti il detenuto deve acquistare almeno in parte i profilattici, viene direttamente, almeno in parte, responsabilizzato del proprio atto, mantenendo l'abitudine al riacquisto della libertà.
In Europa l'atteggiamento in questo specifico settore, è difformemente attuato: paesi come Gran Bretagna ed Italia, reticenti a questo riguardo; paesi, come Danimarca, Svezia, Norvegia, dove già da tempo, ancor prima dell'epidemia HIV, è attuata tale misura preventiva allo scopo di limitare la propagazione dl altre malattie infettive trasmissibili per via sessuale; altri paesi, come Svizzera, Francia e Spagna, che hanno introdotto tali misura dopo l'epidemia HIV.
Per quanto attiene la fornitura di siringhe la questione in realtà è estremamente delicata. In primo luogo perché l'uso di tali sostanze è vietato, non trovando per altro valide motivazioni scientifiche per essere attuato ai fini terapeutici (disintossicazione), ed in secondo luogo perché non escluderebbe la possibilità di "scambi" di siringhe con conseguente possibile trasmissione dell'infezione.
Non sembra da ultimo banale il richiamo che, all'interno del carcere, il decorso della malattia può essere difficilmente seguito con la dovuta attenzione. Il problema dell'infezione da HIV ha infatti composite sfaccettature: medica generica, igienistica, dietologica, virologica, psicologica e pedagogica, che dovrebbero essere affrontate da un'équipe multidisciplinare, nella quale le diverse figure possano compenetrarsi e fornire, in aggiunta, tutti gli elementi valutativi alla Magistrature per la compatibilità con lo stato di detenzione.

INFEZIONE DA HIV ED INCOMPATIBILITÀ CON IL REGIME DI DETENZIONE

La valutazione in questo ambito si inserisce nell'ambito di accertamenti specialistici secondo il dettato di particolari disposizioni normative che prevedono la possibilità di concedere particolari benefici in relazione alle condizioni di salute ed alle cure necessarie di detenuti ammalati.
Come sottolineato nel paragrafo precedente, talora la necessità di un approccio terapeutico polidisciplinare nel soggetto affetto da HIV rende problematico un adeguato monitoraggio della patologia. Ma soprattutto, la continua vita di comunità, in spazi ristretti, le continue occasioni di contagio infettivo, le condizioni talora di non adeguata igiene, il fumo ambientale, le correnti d'aria, la impossibilità di attuare una adeguata dieta possono facilitare l'evoluzione inesorabile della malattia.

Facendo riferimento al dettato del Legislatore, allo stato vigente, il Giudice, mediante accertamenti tecnici, qualora ne venga fatta richiesta o su sua spontanea iniziativa, dispone che sia valutato l'effettivo stato di salute del detenuto, sia esso in attesa di giudizio che già condannato, in modo da individuare l'esistenza di una grave infermità fisica o psichica la quale sia o meno compatibile con il regime carcerario. Questa disposizione appare coerente con i principi giuridici che regolano l'applicazione della pena facendo sì che un detenuto non debba sottostare ad una pena maggiore prevista dalla legge per il reato da lui commesso a causa delle sue condizioni intrinseche e cioè patologiche.
Va segnalato, comunque, che il rapporto fra eventuale grave infermità fisica (quale appunto l'AIDS) e regime carcerario, non può limitarsi a considerare una qualsiasi detenzione in un qualsiasi istituto di pena, ma deve anche tener conto di altre eventualità attuabili nell'ambito del generico stato di detenzione e cioè un ricovero presso l'infermeria di un Istituto, presso un Centro Clinico del Ministero di Grazia e Giustizia ed infine in un qualunque luogo di cura con opportuno piantonamento. Precisato ciò, si deve inoltre ricordare come, per prassi medico-legale, il rapporto fra l'eventuale stato di detenzione e condizione di salute del detenuto non deve avere il carattere di mera incompatibilità, ma deve basarsi e riferirsi alla presenza di uno stato di malattia estremamente grave, non suscettibile anche di adeguata cura in regime di detenzione.
Nel nostro ordinamento il problema si prospetta con riferimento a diverse fattispecie giuridiche, a seconda che si tratti di imputato in attesa di giudizio o di detenuto definitivo. In entrambe le circostanze, comunque, non vi sono differenze sostanziali sotto il profilo valutativo, insistendo tutte le disposizioni sulla gravità delle condizioni di salute del detenuto; unica innovazione significativa è l'introduzione, nei parametri valutativi, anche del criterio terapeutico contemplato dall'art. 1 della Legge 152/1975, laddove si specifica che la gravità delle condizioni di salute deve essere tale da non consentire le cure necessarie in regime di detenzione. Quindi anche se il soggetto si trova in situazioni giuridiche diverse la valutazione dovrà basarsi su criteri sostanzialmente omogenei. Diverse sentenze hanno puntualizzato come sia necessario una approfondita disamina delle condizioni di salute del soggetto, non essendo sufficiente uno stato morboso, con possibilità anche di gravi complicazioni, se esso può essere curato in carcere o nei centri clinici presso gli istituti di pena.
Il 7 febbraio 1979 la Corte di Cassazione[8] ribadiva il principio secondo cui la gravità delle condizioni di salute deve essere tale *"da annullare l'implicita pericolosità sociale presunta dalla legge, ed il quadro morboso deve presentare tante particolarità da rilevarsi inconciliabile non solo con i trattamenti medici praticabili nel car-*

[8] Cass. 7/2/1979, De Seco, in Giust. Pen., III, 353, 1979.

cere, ma anche con quelli dei quali l'imputato potrebbe fruire all'esterno mediante servizi di piantonamento, secondo le discipline contenute nella legge di ordinamento penitenziario". Di fondamentale importanza è ancora una sentenza della Corte Costituzionale del 6 agosto 1979[9] con la quale si tende ad uniformare l'interpretazione dell'art. 147 C.P. sulla sospensione della pena già comminata, al dettato dell'art. 1 della Legge 152 del 1975 sulla concessione della libertà provvisoria ai detenuti in attesa di giudizio. Infatti vi si afferma che: *"l'espiazione della pena offenderebbe il senso di umanità, al quale è manifestamente ispirato l'art. 27, terzo comma, della Costituzione, se non fosse sospesa, o differita, con riguardo a chi versa in condizioni di infermità prevista dall'art. 147, 1° comma, n° 2 c.p."*. Lo stesso principio è stato ribadito in una sentenza della Corte di Cassazione del luglio 1981[10]. Deve infatti trattarsi anche per questa fattispecie di grave infermità psichica non suscettibile di guarigione mediante le cure e l'assistenza medica disponibili nel luogo di detenzione.

Fino a tempi recenti, l'apporto della dottrina medico-legale in questo ambito è stato molto scarso. Nel 1943 il Cattabeni[11] affermava che *"il concetto ..... di grave infermità fisica non può essere chiarito se non in ordine allo scopo applicativo dell'art. 147 c.p., che riguarda solo la sospensione della pena restrittiva della libertà personale, la quale, nell'intento del legislatore, non può essere gravata di altre conseguenze dannose per la persona dovute al regime carcerario"*. E che quindi *"possa accedersi a definire per grave infermità fisica quella per la quale si richiedono interventi terapeutici non attuabili nell'ambito dei servizi sanitari carcerari e non dilazionabili se non con grave danno alla persona; oppure malattie inguaribili, a prognosi infausta quoad vitam; o costringenti, temporaneamente, a degenza od immobilità"*. Per Nanni e De Sando[12], le condizioni di salute possono essere particolarmente gravi con riguardo alla etiologia, alla prognosi, al pericolo di contagio, al decorso, o quando si prospetti la necessità di interventi diagnostici rischiosi o complessi. Ancora, secondo Minna e Mangili[13] la gravità dell'infermità deriverebbe piuttosto dalla sua suscettibilità al trattamento in sedi diverse da quella penitenziaria, e dal possibile peggioramento se il regime carcerario venisse mantenuto. La necessità di forme morbose di particolare gravità è stata sostenuta dal Cavallazzi[14] il

[9] Corte Costituzionale, sentenza 6 agosto 1979 n° 114 in G.U. 8/8/1979, n° 127.
[10] Corte di Cassazione, sentenza 10 luglio 1981, in Riv. It. Med. Leg.. 4, 1087, 1981.
[11] Cattabeni C.M., "Sul concetto di grave infermità fisica ai sensi dell'art. 147 c.p.", Arch. Antrop. Crim. Psichiat. Med. Leg., 63, 192, 1943.
[12] Nanni F., De Sando F., "Sulla nozione di grave infermità fisica riguardo al differimento dell'esecuzione della pena", Giust. Pen., I, 129, 1968.
[13] Minna R., Mangili F. "Sulla sospensione facoltativa della pena per grave infermità fisica. Considerazioni giuridiche e medico-legali", Riv. It. Med. Leg., 2, 504, 1980.
[14] Cavallazzi D., "Il concetto di stato di salute nell'ambito del potere discrezionale del giudice", Giust.

quale riteneva che nel concetto di grave infermità dovesse ricomprendersi *"anche ogni affezione che non trovi nell'attrezzatura sanitaria del carcere sufficienti mezzi per una completa assistenza o condizioni ambientali tali da aggravarla se preesistenti"*. Per tale Autore dunque ciò che ha rilevanza è l'attrezzatura medica dei vari stabilimenti carcerari e la circostanza che essa sia in grado di fronteggiare le esigenze diagnostiche-terapeutiche dei singoli casi, soprattutto nell'ipotesi di un aggravamento dei fatti patologici di ordine spontaneo oppure ricollegabile alla permanenza nell'ambiente carcerario. Ancora Minna e Mangili[15] ribadiscono che non sorgono particolari problemi tecnici di giudizio *"ove si tratti di casi caratterizzati da forme morbose acute, cioè con iter cronologico ben definito e sostanzialmente dell'equilibrio biologico del soggetto (non soltanto nell'ambito di un giudizio quoad valetudinem) e, pertanto, necessitanti terapie .... allo stato non sempre realizzabili nell'ambito delle attuali attrezzature penitenziarie"*. Secondo gli stessi Autori la problematica si fa più difficile nel caso di soggetti affetti da forme morbose ad evoluzione cronica. Infatti *"se da un lato sembra perdere significato pratico una prognosticabile, sia che siano rappresentate da malattie di tipo infettivo-contagioso ....., ovvero da manifestazioni acute su base patologica cronica interessanti organi ed apparati di rilevo ai fini sospensione temporanea della pena reclusiva in quanto detta sospensione verrebbe motivata e sostenuta da una forma morbosa irreversibile e, quindi, che sarà presente nel soggetto per tutta la vita, dall'altro si prospetta come fondamentale ingiustizia affliggere al condannato anche la pena accessoria di un eventuale aggravamento (per carenza, sia pure limitata al periodo di reclusione, di adeguati presidi terapeutici) delle sue condizioni di salute, anche ove non si delinei, lo si ripete, un concreto pericolo per la vita del soggetto"*. Dello stesso avviso si è dimostrato anche il Giusti[16].

La problematica è stata ripresa anche da De Pietro e D'Ancora[17] che discutono la possibilità, almeno teorica, di un'eventuale predeterminazione legislativa di situazioni cliniche compatibili o meno con lo stato di detenzione.

Tutti gli Autori si sono espressi nel senso che il disposto legislativo appare coerente con i principi giuridici che regolano l'applicazione della pena facendo sì che un detenuto non debba sottostare ad una pena maggiore rispetto a quella prevista dalla legge per il reato commesso, a causa delle sue condizioni intrinseche (cioè patologiche).

Pen., I, 77, 1950.

[15] Minna R., Mangili F., loc. cit.

[16] Giusti G.V., "La gravità delle condizioni di salute del detenuto in attesa di giudizio in relazione con la possibilità di concessione della libertà provvisoria; aspetti medico-legali", Riv. It. Med. Leg., 3, 709, 1981.

[17] Da Pietro O., D'Ancora L., "La compatibilità dello stato di salute con lo stato di detenzione al vaglio del medico-legale", Med. Leg. Quad. Cam., 7, 25, 1985.

In linea teorica, ben poche dovrebbero essere quelle condizioni di salute che non consentono le cure necessarie nello stato di detenzione, in quanto appare quasi obbligatorio prescindere dalla adeguatezza delle strutture mediche esistenti presso il carcere, potendo appunto il detenuto essere trasferito presso un Centro Clinico del Ministero di Grazia e Giustizia o presso un ospedale o casa di cura. Per quanto concerne le malattie acute, infatti, sia quelle a prognosi fausta sia quelle a prognosi infausta, lo stato di detenzione inteso in senso lato appare del tutto indifferente sull'andamento della malattia, la quale può bene essere comunque curata, in carcere o altrove[18]. Per quanto riguarda invece le malattie ad andamento cronico, occorre proporsi il problema della gravità e della prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem*, nel senso che una patologia può dare luogo alla sospensione della pena, quando la permanenza in regime di detenzione ne aggravi le conseguenze.
Per terminare questo breve excursus bibliografico si citano Crestani e Bordignon[19], che hanno analizzato una casistica di relazioni peritali, evidenziando le patologie più frequenti.
Tralasciando gli aspetti meramente clinici e nosografici occorre sottolineare che la qualità della vita in un soggetto AIDS conclamato risulta gravemente compromessa; infatti questi soggetti devono trascorrere gran parte del loro tempo in ambiente ospedaliero e attenersi ad un regime di vita particolarmente controllato.
Per quanto concerne lo specifico problema del rapporto AIDS e struttura carceraria, il Ministero di Grazia e Giustizia ha fornito, con specifica circolare (n° 3127/5577 del 27 giugno 1985), una serie di indicazioni che riguardano i detenuti e suggerimenti operativi nel caso di sola sieropositività o comparsa di sintomatologia riferibile ad AIDS. Successivamente sono state emesse altre circolari esplicative tra cui la *circolare n. 640055/2 del 08.08.90* che ha per oggetto il *"protocollo di accertamento della sieropositività e di sorveglianza clinica ed immunologica di pazienti con infezione da HIV-1 in condizione di reclusione"*.
A questo proposito, per quanto riguarda l'*"attuazione del protocollo di sorveglianza"*, al punto 2 *"analisi di base e inquadramento da eseguire presso strutture esterne"*, è indicato:
"Si comprendono in questo schema:
1) esame emocromocitometrico con formula e piastrine.
2) conteggio sottopopolazioni linfocitarie (CD4+).
3) esecuzione skin test con lettura a 24 e 48 ore presso la CC.
4) dosaggio immunoglobuline sieriche.
5) antigenemia p24.

[18] Giusti G.V., loc. cit.
[19] Crestani C., Bordignon D., "Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione. Aspetti giuridici e medico-legali", Riv. It. Med. Leg., VIII, 406, 1986.

6) eventuali indagini integrative su proposta dello specialista.

Le risposte torneranno all'Istituto generando le seguenti possibilità:
a) sieropositivi asintomatici senza grave deficit immunitario (CD4+ > 500/mmc; Ag p24 negativo): fare ogni 6 mesi i controlli di cui ai punti 1. e 2. e 6. sopra menzionati tramite uno dei campioni ematici al Centro Specialistico.
b) sieropositivi asintomatici con notevole deficit immunitario (riduzione dei CD4+ al di sotto di 500/mmc; Ag p24 positivo): fare ogni 3 mesi in Day Hospital controlli 1.2.5.6. ed inserire il paziente nella fase di sorveglianza con eventuale somministrazione di AZT secondo protocollo".

L'iter normativo è giunto fino alla legge 222/93 recante *"disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV e di tossicodipendenti"* dove si indica un comportamento abbastanza codificato:
A) nel caso di un detenuto che risulti solo sieropositivo senza altre manifestazioni cliniche ed in particolare senza grave deficit immunitario, le misure sanitarie prevedono dei controlli clinico-laboratoristici ogni 6 mesi, effettuabili anche in regime di Day-hospital. In questo caso, pertanto, la compatibilità fra statodi salute e carcerazione risulta completa;
B) nel caso di un detenuto sieropositivo asintomatico, ma con modico deficit immunitario (CD4+ compresi tra 100 e 200/mmc) oltre a fare ogni 3 mesi dei controlli clinico-strumentali va inserito il detenuto nella sorveglianza sanitaria con eventuale somministrazione di AZT. La sua compatibilità è valutata "discrezionalmente" dal giudice;
C) se il soggetto presenta con *"deficit immunitario grave"* (CD4+ < 100/mmc) ovvero AIDS conclamato con manifestazioni cliniche, la sua incompatibilità con il regime di detenzione risulta ad ogni modo "assoluta".
Infatti per questo ultimo gruppo di soggetti, tenuto conto del fatto che si tratta di uno stadio in cui generalmente sono necessari dei ricoveri frequenti e prolungati, non pare del tutto ingiustificata la concessione dei benefici previsti dai vari disposti legislativi su questo tema, anche in considerazione dei motivi di ordine psicologico e situazionale che inevitabilmente derivano dall'essere portatore di questa infezione.
In realtà anche in questo caso la predetta circolare appare superata dalla recenti sentenze 438 e 439 della Corte Costituzionale, che hanno fatto cadere l'automatica incompatibilità, valutata allo stato dal magistrato sulla base di apporti tecnici (relazioni dell'infettivologo, accertamenti medico-legali).
La sopraccitata suddivisione è venuta pertanto a modificarsi, dovendosi valutare nel singolo caso se l'adeguata assistenza possa essere fornita in regine detentivo,

purché ovviamente la struttura carceraria sia in grado di offrire tutte quelle necessità cliniche ed organizzative (come ad esempio accertamenti strumentali, visite specialistiche, trasferimenti del detenuto nei vari ambulatori, ecc.) in tempi rapidi.
In tale senso, con riferimento alla suddivisione sopra riportata, appare indubbia la compatibilità nella condizione A) e B), ovvero rispettivamente di sieropositivi asintomatici o con modico deficit immunitario, e la incompatibilità in C) nei casi di AIDS in stadio avanzato (ad esempio IV stadio CDC di Atlanta). In questo gruppo, i casi con *"deficit immunitario grave"* o con AIDS conclamato, ma paucisintomatico, andranno invece valutati singolarmente con specifico riferimento alla situazione oggettiva di carcerazione e soggettiva clinica.
Ad esempio, un detenuto "bordeline", con quadro clinico al limite fra i soggetti con grave immunodepressione, ma senza manifestazioni cliniche in atto, e quelli con AIDS conclamato in assenza di una sintomatologia clinica conclamata, pur in presenza di un alterato rapporto T4/T8, di linfoadenopatia o di grave linfopenia (che depongono per una prognosi infausta a medio termine o per l'insorgenza di manifestazioni cliniche AIDS-correlate, e che identificano quindi una condizione clinica estremamente seria, da imporre estrema cautela valutativa), non presentano, contrariamente ad un recente passato, *sic et sempliciter* un giudizio di incompatibilità.
La indubbia necessità non solo di un trattamento specifico, talora già in atto, ma anche di frequenti controlli clinici, nella attuale situazione carceraria, può infatti risultare assolutamente compatibile con il regime detentivo, pur con alcuni necessari accorgimenti. Si fa riferimento ad esempio ai controlli clinici e laboratoristici frequenti, per valutare l'andamento del quadro sierologico e le eventuali manifestazioni associate. Inoltre, oltre ad una attenta sorveglianza, appare essenziale, come sopra accennato, un peculiare ed individuale profilo dietetico ed igienico, per evitare l'insorgenza di infezioni nosocomiali (virulentazione di germi esistenti nell'organismo). Nell'ipotesi che si verifichi questa eventualità, infatti, è necessario il monitoraggio ed il trattamento tempestivo in reparto specialistico.
Va infine ribadito che, essendo tali soggetti in una situazione clinica di marcata depressione del sistema immunitario, la probabilità che essi vadano incontro a complicanze infettive è certamente alta, per cui appare indicato la convivenza in un ambiente adeguatamente controllato anche dal punto di vista igienico.