

# SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

## 2<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Giustizia)

109° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 GENNAIO 1999

Presidenza del presidente PINTO

### INDICE

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(3743) *Deputati Pisapia ed altri: Disposizioni in materia di esecuzione della pena e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria*, approvato dalla Camera dei deputati

(77) *SILIQUINI ed altri: Condizioni per la sospensione della pena o della custodia cautelare in carcere per le persone infette da HIV*

(186) *SALVATO: Norme in tema di incompatibilità del regime carcerario per i malati di AIDS*

(2682) *MANCONI: Disposizioni in materia di esecuzione della pena e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da grave infermità fisica, da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e in materia di esecuzione delle misure di sicurezza*

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 2, 9, 11 e passim
CIRAMI (UDR) . . . . .	14
FASSONE (Dem. Sin.-l'Ulivo) . . . . .	12
GRECO (Forza Italia) . . . . .	12
PERUZZOTTI (Lega Nord-Per la Padania indep.) . . . . .	9
SCOPELLITI (Forza Italia), relatrice alla Commissione . . . . .	2

*I lavori hanno inizio alle ore 15,15.*

#### **DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE**

**(3743) Deputati PISAPIA ed altri.** – *Disposizioni in materia di esecuzione della pena e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria*, approvato dalla Camera dei deputati

**(77) SILIQUINI ed altri.** – *Condizioni per la sospensione della pena o della custodia cautelare in carcere per le persone infette da da HIV*

**(186) SALVATO.** – *Norme in tema di incompatibilità del regime carcerario per i malati di AIDS*

**(2682) MANCONI.** – *Disposizioni in materia di esecuzione della pena e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da grave infermità fisica, da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e in materia di esecuzione delle misure di sicurezza*  
(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Disposizioni in materia di esecuzione della pena e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria», d'iniziativa dei deputati Pisapia, Acciarini, Pistone e Saia, approvato dalla Camera dei deputati.

Sulla stessa materia sono iscritti all'ordine del giorno i seguenti disegni di legge: «Condizioni per la sospensione della pena o della custodia cautelare in carcere per le persone infette da HIV», d'iniziativa dei senatori Siliquini, Biasco, Bosi, Brienza, Cirami, Costa, Minardo, Napoli Bruno e Nava, «Norme in tema di incompatibilità del regime carcerario per i malati di AIDS», d'iniziativa della senatrice Salvato, e «Disposizioni in materia di esecuzione della pena e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da grave infermità fisica, da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e in materia di esecuzione delle misure di sicurezza», d'iniziativa del senatore Manconi.

Data l'identità della materia, propongo che i disegni di legge siano discussi congiuntamente.

Se non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Prego la senatrice Scopelliti di riferire alla Commissione sui disegni di legge.

SCOPELLITI, *relatrice alla Commissione.* Signor Presidente, il disegno di legge n. 3743, a firma dei deputati Pisapia, Acciarini, Pistone e Saia, approvato dalla Camera dei deputati il 12 gennaio 1999, affronta l'annoso problema della incompatibilità del regime carcerario per i soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria.

Secondo i dati del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al 31 dicembre 1997 negli istituti penitenziari erano ristretti 48.209 detenuti. Di questi 1.832 erano sieropositivi e secondo l'associazione dei medici penitenziari tale stima sarebbe approssimata per difetto, vista la non obbligatorietà del *test* cui si sottoporrebbe solo la metà dei reclusi; 756 non manifestavano sintomi di AIDS, 781 presentavano alcuni sintomi di AIDS, 301 erano afflitti da malattie indicative dell'AIDS e 106 erano affetti da AIDS conclamata.

Se aggiorniamo l'elenco di questi dati al 30 giugno 1998 possiamo vedere che la popolazione carceraria è aumentata di circa 2.000 unità, e i detenuti sono quindi 50.278, di cui 1.740 sieropositivi; si registra quindi una diminuzione del numero di questi ultimi rispetto a sei mesi prima; i detenuti affetti da AIDS conclamata sono 128. Pertanto, mentre diminuisce il numero dei detenuti sieropositivi aumenta quello dei detenuti malati e tale dato si interpreta e si commenta da sé.

Per buona parte di queste persone e anche per quei detenuti esclusi dal presente disegno di legge che si trovano in condizione di grave infermità fisica (articolo 147 del codice penale) la condanna al carcere equivale ad una condanna a morte.

Nel suo rapporto al Governo italiano il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti, dopo una visita agli istituti penitenziari italiani, afferma che «il sovraffollamento, l'igiene carente e la scarsità delle attività offerte ai detenuti rendono assai arduo il compito di garantire il livello soddisfacente di cure sanitarie». Il Comitato europeo continua poi dicendo che «sottoporre dei detenuti a tali condizioni di detenzione presenta un accresciuto rischio per la loro salute fisica e psichica».

Questo rischio per un detenuto malato di AIDS o in condizioni di grave infermità fisica si trasforma nella certezza della morte.

Anche a voler prescindere dalla peculiare situazione in cui versano le nostre carceri, non si può dimenticare che l'articolo 27 della Costituzione, oltre l'abolizione della pena di morte, ci impone di cancellare dal nostro sistema penitenziario tutte quelle pene che consistono in trattamenti contrari al senso di umanità e che l'articolo 32 della Costituzione ci obbliga a tutelare la salute di ogni uomo come fondamentale diritto degli individui.

È evidente, quindi, come non si possa tollerare la presenza nei nostri istituti penitenziari e nelle nostre leggi di situazioni e di norme che negano apertamente tali princìpi.

È necessario affermare con chiarezza e una volta per tutte che il regime carcerario, tutte le volte in cui coinvolge individui afflitti da AIDS conclamata, da gravi deficienze immunitarie e in condizioni di grave infermità fisica, si presenta, per la sua stessa natura, incompatibile con il loro diritto a non subire l'applicazione di pene che consistono in trattamenti «contrari al senso di umanità» – così come recita l'articolo 27 della Costituzione – e con il loro diritto alla salute sancito nell'articolo 32.

È quanto mai opportuna una legge che, in tempi brevissimi, risolva questa palese violazione dei princìpi costituzionali e, soprattutto, di quel

fondamentale diritto di ciascun individuo, il diritto alla vita, che neanche la commissione di un reato grave può affievolire o negare.

La condizione di incompatibilità con lo stato di detenzione per le persone con infezione da HIV, sancita dalla legge n. 222 del 1993, sussiste quando le stesse siano affette da AIDS conclamata, segnalata in base alle disposizioni previste nella circolare del Ministero della sanità del 13 febbraio 1997, n. 5.

La legge n. 222 del 1993 fu poi modificata dalle sentenze della Corte costituzionale del 18 ottobre 1995, nn. 438 e 439, che, anche sulla spinta emotiva dei fatti relativi alla cosiddetta banda dell'AIDS di Torino resasi responsabile – secondo gli organi di informazione – di tutta una serie di rapine commesse da malati terminali di AIDS che avevano beneficiato della misura degli arresti domiciliari, ha eliminato i meccanismi automatici di scarcerazione per quei soggetti che presentano un numero di linfociti al di sotto del valore minimo di 100T CD4.

Le sentenze della Corte costituzionale hanno dichiarato costituzionalmente illegittimo sia l'articolo 146, comma 3, del codice penale, aggiunto dall'articolo 2 del decreto-legge n. 139 del 1993, convertito in legge dalla legge n. 222 del 1993, «nella parte in cui prevedeva che il differimento ha luogo anche quando l'espiazione della pena possa avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto o di quella degli altri detenuti», sia l'articolo 286-*bis*, comma 1, del codice di procedura penale «nella parte in cui stabilisce il divieto di custodia cautelare in carcere nei confronti delle persone indicate nella medesima norma, anche quando sussistono le esigenze cautelari di eccezionale rilevanza di cui all'articolo 275, comma 4, del codice di procedura penale, e l'applicazione della misura possa avvenire senza pregiudizio per la salute del soggetto e di quella degli altri detenuti».

La Corte ha quindi smantellato il rigoroso automatismo della legge del 1993 attribuendo al giudice il potere di verificare, caso per caso, se da un lato le effettive condizioni di salute del condannato siano o meno compatibili con lo stato detentivo e, dall'altro, se l'esecuzione della pena, in relazione alle strutture disponibili, possa avvenire senza pregiudizio della restante popolazione carceraria.

Con le sentenze della Corte costituzionale è venuta quindi a cadere l'assoluta incompatibilità tra regime detentivo e infezione da AIDS e si sono lasciati, a mio avviso, eccessivi margini di discrezionalità che hanno dato luogo a disparità di trattamento legate ad orientamenti giurisprudenziali diversi.

In questo contesto storico e legislativo si inserisce la necessità di regolamentare la materia e, quindi, di approvare questo disegno di legge che, pur con delle osservazioni che esporrò successivamente, può essere considerato, secondo il mio punto di vista, buono.

Il disegno di legge n. 3743 al nostro esame, con l'articolo 1 intende modificare l'articolo 275 del codice di procedura penale, cioè quell'articolo relativo ai criteri di scelta delle misure cautelari. Attualmente tale articolo prevede quattro commi. Con il disegno di legge in esame si aggiun-

gerebbero ulteriori criteri di scelta di misura cautelare aggiuntivi ai precedenti.

Nello specifico, il comma 4-*bis* previsto dall'articolo 1 dispone che il giudice non può disporre la custodia cautelare in carcere nei confronti di imputati affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria. Il divieto della custodia cautelare in carcere ha come condizione l'obbligo di sottoporsi ad un programma di cura e di assistenza 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. Una breve nota si rende opportuna in merito a questa nuova aggiunta ai criteri di esclusione delle misure cautelari.

La prima considerazione che intendo svolgere riguarda il fatto che la previsione dell'obbligatorietà della cura entra in aperto contrasto con il principio della libertà di cura sancito dalla nostra Costituzione; tale contrasto è ancora più stridente se si considera come la cura delle persone affette da HIV sia purtroppo ancora in una fase sperimentale e il sottoporsi ad un programma di cura può senz'altro comportare un allungamento della vita, ma non assicura alcun risultato definitivo. Da qui - credo - l'assurdo creato dall'obbligatorietà.

A questo deve aggiungersi che per evitare che il combinato disposto degli arresti domiciliari e di una mancata disponibilità di assistenza sanitaria domiciliare si trasformi di fatto nella misura cautelare degli arresti domiciliari presso le strutture sanitarie previste dal comma 4-*ter* per i soggetti più pericolosi, occorre prevedere in tutti i piani regionali dell'assistenza ai casi di AIDS un forte sviluppo dell'assistenza sanitaria domiciliare.

In conclusione, si può affermare che la disposizione che prevede l'obbligatorietà della cura può tranquillamente essere cancellata o per lo meno sostituita da un obbligo di contatto con il servizio pubblico senza che le esigenze di sicurezza sociale, conseguenti ad una sorta di impunità legata alla condizione di malato di AIDS, siano sacrificate. Infatti, il comma 4-*quater*, che prevede la revoca, fornisce sufficienti garanzie in materia.

Il comma 4-*ter* prevede la misura cautelare degli arresti domiciliari nei confronti di imputati ammalati di HIV conclamata per i quali sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza. Nei casi di eccezionale rilevanza, segnalati sempre dal giudice, sono quindi previsti gli arresti domiciliari presso le strutture ospedaliere ed universitarie di cui al precedente comma o presso una residenza collettiva o casa alloggio.

In questo contesto, mi permetto di segnalare che nella normativa non è previsto il caso di un malato di AIDS che non abbia domicilio nel nostro territorio; d'altra parte, i casi di detenuti extracomunitari sieropositivi, e quindi malati di AIDS, rappresentano una percentuale molto alta. Mi permetto, pertanto, di proporre un'eventuale integrazione al testo in modo tale che il ricovero in queste strutture ospedaliere venga previsto, anche senza le eccezioni di pericolosità sociale, per quei detenuti che non hanno domicilio in Italia.

Il comma 4-*quater* consiste in un ulteriore comma all'articolo 275 del codice di procedura penale. Esso prevede la misura cautelare in carcere da applicarsi qualora il soggetto risulti imputato o sia sottoposto ad altra misura cautelare per uno dei delitti previsti dall'articolo 380 del codice di procedura penale (delitti per i quali è previsto l'arresto obbligatorio), relativamente a fatti commessi successivamente alla concessione del beneficio. In sostanza, si prevede la decadenza del beneficio nel caso in cui il comportamento criminoso continui anche dopo l'emissione del beneficio.

Nel comma 4-*quinquies* si prevede che, in caso di ripetute inosservanze del programma, il detenuto possa tornare in carcere.

Mi permetto di svolgere una riflessione anche in merito a tale comma. Ho già dichiarato la mia contrarietà all'obbligatorietà della cura, ma credo che nel momento in cui qualcuno decida di svincolarsi dal programma perché non riscontra miglioramenti al suo stato di salute oppure perché è rassegnato a morire – la malattia, purtroppo, porta a questo – mandarlo in carcere sarebbe come infliggergli un'ulteriore condanna a morte. Sarebbe più opportuno, forse, prevedere gli arresti domiciliari piuttosto che la custodia cautelare in carcere.

Con l'articolo 2 del disegno di legge si introduce l'articolo 47-*quater* dopo l'articolo 47-*ter* della legge 26 luglio 1975, n. 354. Con il comma 1 dell'articolo 47-*quater*, le misure previste dagli articoli 47 e 47-*ter* possono essere applicate, anche oltre i limiti massimi di pena ivi previsti, su istanza dell'interessato o del difensore nei confronti di coloro che, affetti da AIDS conclamata, abbiano in corso o intendano intraprendere un programma di cura e di assistenza presso i servizi o le strutture sanitarie autorizzate. Ciò vuol dire che, anche in presenza di condanne a pene superiori ai tre anni, se ne viene fatta richiesta, si può ottenere l'affidamento in prova al servizio sociale o la detenzione domiciliare. A mio avviso, sarebbe opportuno estendere tali benefici anche a coloro che si trovano in gravi condizioni di infermità fisica, ai sensi dell'articolo 147 del codice penale.

Nel comma 2 vengono indicate le modalità per proporre l'istanza di cui al comma precedente, che deve essere corredata di un documento attestante la richiesta o l'inizio del programma di cura.

Nel comma 3 si stabilisce che il giudice, nel prescrivere le modalità di ingiunzione della misura alternativa, debba indicare anche quelle di esecuzione del programma di cura.

Il comma 4 affida, nei casi di detenzione domiciliare, ai centri di servizio sociale per adulti i compiti di controllo e di sostegno nell'attuazione del programma di cura.

Nel comma 5 si stabilisce che, qualora l'interessato abbia già fruito di una misura alternativa alla detenzione revocatagli da meno di un anno, il giudice possa non applicare la misura alternativa di cui al comma 1.

Con il comma 6 si prevede che il giudice possa revocare la misura alternativa di cui al comma 1 quando il soggetto, in relazione a fatti commessi successivamente alla concessione del beneficio, è imputato o è sot-

toposto ad altra misura cautelare per uno dei delitti di cui all'articolo 380 del codice di procedura penale ovvero nel caso in cui non segua i programmi di cura. In relazione a questo ultimo punto, come già detto relativamente all'articolo 1, sarebbe bene escludere il ritorno in carcere e prevedere soltanto l'applicazione della detenzione domiciliare.

Il comma 7 stabilisce che quanto non previsto nella presente disposizione sia regolato dagli articoli 47 e 47-ter.

Nel comma 8 si afferma la possibilità di concedere i benefici (i permessi premio, i lavori all'esterno e le misure alternative alla detenzione) anche a coloro ai quali, ai sensi dell'articolo 4-bis della legge n. 354 del 1975, non spetterebbero se non a condizione di collaborare con la giustizia, fermi restando gli accertamenti già previsti dalla legge.

Il comma 9 stabilisce che le disposizioni di cui sopra si applicano anche nei confronti delle persone internate.

Con l'articolo 3, poi, si prevede che il Ministro della sanità e quello di grazia e giustizia indichino, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, i parametri per definire l'AIDS conclamata e la grave deficienza immunitaria nonché le procedure per il loro accertamento. Anche in questo caso sarebbe auspicabile l'esatto rispetto dei tempi indicati nel disegno di legge e che quindi i trenta giorni fossero tassativi; anzi, l'auspicio è che il Ministro della sanità e quello di grazia e giustizia abbiano avviato la fase preparatoria audendo i medici penitenziari che forse sulla materia hanno una conoscenza maggiore.

L'articolo 4 prevede l'applicazione degli articoli 146 e 147 del codice penale (rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena e rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena) alle misure di sicurezza, cioè all'assegnazione ad una casa di lavoro, al ricovero in casa di cura e di custodia, in un ospedale psichiatrico giudiziario, in un riformatorio giudiziario, alla libertà vigilata, al divieto di soggiorno, al divieto di frequentare osterie e all'espulsione dello straniero.

L'articolo 5 dispone una norma di chiusura che prevede l'abrogazione del numero 3 del primo comma dell'articolo 146 del codice penale, dei commi 1 e 2 dell'articolo 286-bis.

Sulla stessa materia intervengono, poi, i disegni di legge nn. 77, presentato dalla senatrice Siliquini e da altri senatori, 186, presentato dalla senatrice Salvato, e 2682, presentato dal senatore Manconi.

L'articolo 1 del disegno di legge n. 186 ripropone l'articolo 2 del disegno di legge n. 3743, con la differenza di non prevedere l'obbligo di sottoporsi alla cura al fine di accedere ai benefici delle misure alternative alla detenzione e con l'estensione dello stesso regime dei malati di AIDS anche a coloro che si trovano in gravi condizioni di infermità fisica (come dispone l'articolo 147 del codice penale).

Per quanto detto prima, è inutile sottolineare che sono perfettamente d'accordo con questa versione proposta dalla senatrice Salvato.

Un'altra differenza tra i due articoli consiste nell'escludere l'applicabilità della sospensione e della revoca del beneficio nel caso in cui il condannato alla detenzione domiciliare si allontani dalla propria abitazione.

Nell'articolo 2 si prevede che ai malati di AIDS e a coloro che si trovano in gravi condizioni di infermità fisica si applichino le misure di cui all'articolo 1 del disegno di legge anche quando siano sottoposti alla misura cautelare della custodia in carcere o siano state applicate nei loro confronti le misure di sicurezza.

Il disegno di legge n. 2682, a firma del senatore Manconi, a mio avviso riprende il disegno di legge n. 3743. Ritengo si tratti di una stessa stesura consegnata una alla Camera dei deputati e l'altra al Senato, per cui la proposta di legge del senatore Manconi ripropone il testo così come presentato alla Camera prima della discussione in Commissione e poi in Aula. Pertanto, non mi dilungherò sulla sua illustrazione in quanto è praticamente assorbito dal disegno di legge già illustrato.

Vorrei esprimere un'ultima osservazione sul disegno di legge n. 77. Come emerge dalla relazione introduttiva, questo disegno di legge prende spunto dai fatti di cronaca verificatisi a Torino ad opera della cosiddetta banda dell'AIDS e dall'allarme che si diffuse nell'opinione pubblica rispetto alle ipotesi di scarcerazione di detenuti malati di AIDS.

La stampa più volte ha riportato notizia di nuovi reati commessi da soggetti scarcerati sulla base del citato decreto-legge n. 139 del 1993, spinti nuovamente al reato in assenza di strutture esterne di accoglimento.

Voglio sottolineare che tali informazioni volte a stimolare le reazioni dell'opinione pubblica poco hanno a che vedere con un'attenta riflessione cui è tenuto il legislatore. Una notizia è stata erroneamente attribuita dalla stampa a soggetti scarcerati mentre, in verità, si trattava di reati commessi da soggetti sieropositivi – così come è emerso successivamente – assolutamente non scarcerati in virtù delle norme vigenti; in altri casi non si trattava neppure di soggetti sieropositivi. La notizia quindi è stata costruita su comprensibili timori delle vittime.

Il disegno di legge si muove tra l'esigenza di impedire l'applicazione di pene consistenti in trattamenti contrari al senso di umanità e quella di rispondere legislativamente all'allarme pubblico, tant'è vero che l'articolo 2 risponde al caso specifico e prevede, a differenza delle altre proposte legislative, norme finalizzate al ritorno in carcere di chi oggi, nel rispetto delle norme vigenti, si trova in libertà.

Credo sia necessario sfuggire alla trappola dell'allarme sociale e, nel rispetto delle sentenze della Corte costituzionale, impedire che un uomo condannato a morte da un male incurabile trascorra le sue ultime ore di vita in carcere.

Concludo la mia relazione proponendo di adottare come testo base il disegno di legge n. 3743, innanzitutto perché è stato già approvato dalla Camera dei deputati e su di esso si potrà, quindi, intervenire con opportuni accorgimenti: la materia ha bisogno di un'urgente normativa legislativa proprio per evitare un'applicazione diversificata su tutto il territorio.

Esprimo quindi l'auspicio di approvare in tempi rapidi tale disegno di legge.



PRESIDENTE. La senatrice Scopelliti è stata, come sempre, molto precisa e la sua relazione, che abbiamo ascoltato con interesse, è stata completa.

Prendiamo atto che la senatrice Scopelliti ha svolto una relazione su tutti i provvedimenti in titolo e che ha proposto di esaminare come testo base quello licenziato dalla Camera dei deputati. La proposta è assai logica e ritengo che su di essa si possa registrare il consenso della Commissione.

Se non ci sono osservazioni, così rimane stabilito.

Dichiaro aperta la discussione generale.

PERUZZOTTI. Signor Presidente, in Italia la legge n. 222 del 1993 aveva già stabilito l'incompatibilità tra il carcere e i malati di AIDS, ovvero il diritto alla scarcerazione per quanti presentano una diagnosi di AIDS o una grave deficienza immunitaria.

La normativa introdotta, modificando gli articoli 286-*bis* del codice di procedura penale e 146 del codice penale, sanciva il divieto assoluto della custodia cautelare in carcere e il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena nei confronti delle persone affette da HIV.

L'eliminazione degli automatismi della legge n. 222 del 1993 fatta dalla Corte costituzionale ci ha tuttavia ricordato che il desiderio di realizzare concretamente un intervento in ambito carcerario che possa essere veramente utile ai malati di AIDS, pur condivisibile, non è facile e neppure consegue automaticamente ad una dichiarazione di impegno in tal senso, soprattutto perché lo scarto di diritti e di possibilità tra le persone libere e quelle detenute è certamente di ampiezza ragguardevole.

La persona offesa dal reato si sente, d'altronde giustamente, nello stato d'animo e nella situazione giuridica di chiedere che le persone responsabili paghino per il loro comportamento. Si tratta di una reazione umana e naturale di cui bisogna tener conto anche se ci si dispone ad effettuare riflessioni di livello superiore.

Se si trascura questo elemento e si scivola, come si sta facendo, nel garantismo esasperato, il rischio di trovarsi di fronte ad un'opinione pubblica offesa ed impaurita davanti alla sempre maggiore diffusione del reato diventa più concreto.

È allora necessario tener presente che molte fasce di popolazione detenuta (quelle stesse fasce che si vuole andare a liberare dalla detenzione) sono caratterizzate da una forte marginalità sociale e che se, nell'emanazione di provvedimenti in questo campo, si penserà solo a garantire la non detenibilità di quanti si trovano in grave malattia (come intende disporre il disegno di legge proposto dalla senatrice Salvato) il lavoro legislativo svolto sarà incompleto e con un elevato rischio di reazioni contrarie da parte dell'opinione pubblica che porteranno poi al solito carosello di provvedimenti aggiustativi e di sentenze di incostituzionalità.

Il problema va risolto a monte e a valle rispetto alla mera attività legislativa; a monte migliorando le condizioni carcerarie, che sono degne di un Paese del Terzo mondo, sia per il detenuto malato che per quello sano;

a valle per fare in modo che chi esce dal carcere trovi un ambiente che eviti di farlo cadere in condizioni tali da facilitare la recidiva.

È necessario allora definire un piano d'azione che preveda la creazione di strutture e di contesti ambientali in grado di accogliere chi non possiede risorse proprie, sia familiari che amicali.

Il primo aspetto che salta agli occhi è costituito dal sovraffollamento delle carceri. Nelle carceri italiane, allo stato attuale, vi sono circa 50.000 detenuti rispetto ad una capienza pari alla metà. Questo crea situazioni di oggettiva invivibilità, che si ripercuotono sulla insostenibilità dal punto di vista sanitario. Per i detenuti affetti da AIDS questa situazione si traduce in un danno ulteriore, in quanto la precarietà di una tale situazione sottopone il loro sistema immunitario, già danneggiato, a prove ancora più dure.

Prima di procedere a demagogiche misure di facciata, proponendo la semplice incompatibilità tra la reclusione e la conclamazione della malattia, sarebbe allora più utile cercare di trovare una soluzione alla tutela dei diritti elementari della persona sul piano del sovraffollamento.

Anche l'aspetto della prevenzione non va trascurato. Nelle carceri la situazione sanitaria in genere e l'attività di prevenzione in particolare risentono fortemente dei ritardi e dei condizionamenti che su questo terreno si verificano anche all'esterno. Le iniziative quali il progetto Ekotonos, realizzato presso la casa circondariale di San Vittore di Milano, grazie alle quali si realizzano corsi di informazione sanitaria, sono infatti casi estremamente ridotti e resi possibili solo dalla sensibilità dell'Amministrazione penitenziaria e di alcune direzioni di istituto.

Andrebbero assunti invece, a livello nazionale ed europeo, maggiori impegni per la realizzazione di campagne di prevenzione e sensibilizzazione all'interno ed all'esterno del carcere. Soprattutto tali campagne non andrebbero limitate alla solita distribuzione di materiale informativo, con il conseguente carosello di appalti, ma dovrebbero concretizzarsi in interventi duraturi, quali i corsi di educazione alla salute, la creazione di gruppi di autoaiuto e le iniziative culturali.

Altro aspetto è quello dell'accertamento della sieropositività e della sua riservatezza. Sarebbe opportuno introdurre la obbligatorietà del *test* per i detenuti, visto lo stato di promiscuità proprio delle carceri.

Da uno studio risulta poi che negli istituti penitenziari il risultato del *test* HIV viene comunicato al direttore nella quasi totalità dei casi ma che solo nel 40 per cento di questi vengono informati psicologo e psichiatra ed addirittura nel solo 30 per cento dei casi gli assistenti sociali. Bisogna far sì che queste due categorie raggiungano le stesse percentuali di informazione dei direttori delle carceri, perchè possano efficacemente supportare il detenuto sieropositivo.

È necessaria poi un'opera di sensibilizzazione sui diritti umani del detenuto e una più incisiva azione a tutela degli stessi da parte dell'Amministrazione penitenziaria. E a questo proposito si viene all'argomento che forse è più sentito in tema di lotta all'AIDS: la libertà di scelta terapeutica. È importante che il detenuto possa disporre di buone banche dati,

di supporti informativi adeguati, di una rete autorevole di medici e medicine alternative e soprattutto di un piano di sperimentazione dall'accesso economicamente contenuto a queste terapie.

Se dal punto di vista normativo il detenuto può avvalersi della visita del medico di fiducia, nei fatti la reperibilità di terapie non convenzionali è quasi ovunque ostacolata da fattori culturali, organizzativi e soprattutto burocratici. È invece importante tutelare il diritto del detenuto a poter acquistare qualsiasi medicinale, prescritto da un medico, e di poter reperire in tempi solleciti i prodotti che riguardino la protezione della salute personale.

Attenzione particolare va poi posta nei confronti di quelle categorie di detenuti più deboli: le donne e gli stranieri.

Le donne detenute devono misurarsi con una istituzione pensata e realizzata al maschile pur essendo una realtà, biologica, esperienziale ed educativa diversa da quella maschile. Per questo sarebbe bene dedicare all'intervento sulle detenute con AIDS uno spazio particolare.

Per quanto riguarda lo straniero, dato che in Italia ci sono alcune centinaia di migliaia di persone non in regola con il permesso di soggiorno, è facile dedurre che si tratta di persone che non vengono tutelate sul piano della salute. Si tratta quindi di persone che espongono la collettività a pericoli epidemici per via della mancata sorveglianza epidemiologica, che impedisce un pronto intervento di igiene pubblica nel caso di malattie ad alta infettività, quale è il caso dell'AIDS. Migliorando le condizioni sanitarie dei detenuti si potrebbe paradossalmente arrivare a far sì che lo straniero illegale trovi più tutela sanitaria in ambito carcerario che sociale.

Le possibilità di intervento sulle problematiche create da detenzione ed AIDS vanno cercate quindi più sul piano del miglioramento delle condizioni di detenzione dei malati e del reinserimento di chi ha scontato la pena che su quello della liberazione di massa.

Non bisogna dimenticare che si ha comunque a che fare con delinquenti, ancorché malati, e che in uno Stato civile al reato risponde una sanzione umana, con il fine di risocializzare, ma comunque una sanzione.

La pena allora va applicata. Ma (e su questo si può essere d'accordo) va applicata senza perdere di vista il suo carattere risocializzante e di reinserimento nella società. Solo se si saprà assumere questa ottica si potranno proporre leggi che abbiano una speranza di essere realmente applicate. Vanno visti allora con favore quei disegni di legge (come quello presentato dalla senatrice Siliquini) che, pur tenendo conto dei motivi umanitari, non dimenticano l'esigenza di difesa della società da chi delinque.

PRESIDENTE. Proprio in ordine al disegno di legge n. 77, poc'anzi richiamato dal senatore Peruzzotti, se la Commissione consente, rivolgerei una preghiera alla mai smentita cortesia del sottosegretario Ayala: chiedo, cioè, se sia possibile avere dati che possano confermare o smentire l'affermazione della senatrice Siliquini e degli altri colleghi firmatari del disegno di legge n. 77, contenuta nella relazione introduttiva di tale provvedimento, secondo cui sarebbe sistematica e diffusa la reiterazione di reati

da parte di soggetti ammalati di AIDS, rimessi in libertà sulla base dell'articolo 286-*bis* del codice di procedura penale o dell'articolo 146, n. 3, del codice penale. Se, infatti, si dovesse confermare tale circostanza attraverso i dati, la Commissione sarebbe chiamata a prenderne atto; se, però, questo riferimento non fosse comprovato, si potrebbero ugualmente trarne utili conseguenze ai fini della decisione conclusiva.

FASSONE. Venne svolta un'indagine conoscitiva della Corte costituzionale prima delle due sentenze.

PRESIDENTE. Ma queste sentenze della Corte costituzionale non sono recentissime.

FASSONE. Risalgono al mese di ottobre del 1995.

GRECO. Signor Presidente, sarò molto breve anche perché non ho letto prima di entrare in quest'Aula il testo del disegno di legge n. 3743, pervenutoci dalla Camera dei deputati, né ho avuto il tempo di approfondire gli altri provvedimenti presentati dai colleghi senatori.

La senatrice Scopelliti ha svolto la relazione mettendo giustamente in risalto le ragioni fondamentali alla base di questa rivisitazione della normativa varata nel 1993. Condivido tali ragioni soltanto in parte, perché non posso essere d'accordo con le soluzioni che si prospettano sia nel disegno di legge n. 3743, pervenutoci dalla Camera dei deputati, sia negli altri provvedimenti presentati; infatti, mi sorge il dubbio che, come al solito, in questa materia il legislatore italiano possa compiere passi in avanti e passi indietro a seconda delle circostanze e degli esiti di alcune sperimentazioni.

Ritengo che sulla materia si sperimentino determinati sistemi, se questi cioè possano andare bene per alcuni soggetti che delinquono e sono affetti da particolari malattie fisiche o psichiche. Non dimentichiamoci che già nel 1993 il legislatore si era fatto carico del sovraffollamento nelle carceri dei soggetti affetti da AIDS e aveva previsto un meccanismo automatico di scarcerazione per quei soggetti affetti da AIDS conclamata. Non sappiamo se i dati citati dalla senatrice Siliquini siano fondati (anche se credo che lo siano), visto che non li abbiamo; sarebbe interessante, pertanto, poterli esaminare perché bisognerebbe operare anche sulla scorta dei dati statistici. Dobbiamo sapere, infatti, se si registri realmente il dato allarmante che ha spinto la stessa Corte costituzionale a compiere un passo indietro (e i disegni di legge oggi in esame non fanno altro che recepirne il messaggio) attraverso le sentenze nn. 438 e 439 del 18 ottobre 1995, che in sostanza hanno abolito i meccanismi automatici di scarcerazione. Si afferma che ci si è fatti carico di difendere i cosiddetti interessi della collettività perché si è assistito al fatto che tutti o quanto meno una buona parte dei soggetti affetti da AIDS rimessi in libertà siano nuovamente tornati a delinquere. In questo caso, quindi, si ricorre al sistema secondo cui colui il quale gode di questo beneficio e della remis-

sione può subirne la revoca qualora, successivamente a tale concessione, commetta ulteriori reati.

Faccio un paragone con quanto avviene per i tossicodipendenti comuni, affetti o meno da AIDS. La legge n. 309 del 1990 dispone, all'articolo 95, che tutti i tossicodipendenti che devono scontare una pena per reati connessi al loro stato di tossicodipendenza non debbano – si tratta, quindi, di un obbligo per lo Stato – scontare la pena in carcere, ma in strutture idonee al loro recupero e reinserimento.

Vorrei chiedere al rappresentante del Governo qui presente se fino a questo momento ci si è posti il problema di sapere effettivamente quanti sono i tossicodipendenti che non vanno in carcere e quanti sono quelli accolti da idonee strutture.

Sono direttamente impegnato nel volontariato sociale perché in Puglia mi sono occupato della fondazione di una comunità. Da questa esperienza ho potuto constatare che molte volte i tossicodipendenti prima finiscono in carcere e poi chiedono un programma di recupero, ma pochi hanno la fortuna di essere assistiti in strutture idonee. Inoltre, la maggior parte di queste strutture sono private perché il servizio pubblico in questo settore non è stato finora funzionale ed efficiente; i tossicodipendenti, addirittura, non sono facilmente accolti dagli ospedali perché le loro frequenti crisi di astinenza determinano una serie di problemi ed inconvenienti cui le strutture pubbliche di ricovero non fanno fronte.

Il comma 4-*quinquies* previsto all'articolo 1 del disegno di legge n. 3743, licenziato dalla Camera dei deputati, prevede che «In caso di ripetute inosservanze del programma di cui al comma 4-*bis*, il giudice può disporre la misura della custodia cautelare in carcere». È però certo che la disposizione di una misura di questo tipo non elimina il problema della malattia; l'AIDS rimane e persiste il pericolo connesso allo stato di malattia del detenuto in carcere.

Inoltre, il disegno di legge prevede anche una eventuale revoca della misura di custodia cautelare in carcere e la possibilità di avviare il soggetto a strutture di accoglimento attrezzate. Ma è necessario creare tali strutture atte a fornire i necessari interventi medico-sanitari e sociali al soggetto affetto da AIDS, altrimenti il Parlamento ancora una volta varerà una legge inutile e darà soltanto soddisfazione all'emotività del momento.

Lo Stato deve affrontare seriamente il problema della creazione di strutture idonee, assumendosi tutti gli oneri finanziari connessi, e deve compiere anche uno studio sul numero di posti-letto che gli ospedali riservano a questo tipo di malati.

Sarebbe quindi opportuno chiedere al Ministero della sanità o al Ministero di grazia e giustizia di effettuare un'analisi della rete ospedaliera esistente in Italia specializzata in questo tipo di intervento.

In questo caso potrei dichiararmi favorevole al disegno di legge in esame, di cui – ripeto – condivido l'impostazione, ma non riesco a prevedere dei risultati utili. Infatti, a questo punto sarebbe preferibile, purtroppo, che l'intera collettività si caricasse del rischio rappresentato da un soggetto recidivo nelle azioni a delinquere ma rimesso in libertà, piut-

tosto che intervenire per farlo accogliere da strutture inesistenti o che, se esistenti, non garantiscono né l'intervento adeguato né un eventuale recupero; ricordo, infatti, che nei casi di AIDS conclamata non esiste un rimedio che assicuri la guarigione.

Inoltre, l'applicazione della misura cautelare degli arresti domiciliari ad un malato di AIDS comporta un gravoso onere per la famiglia e non credo ci siano familiari disposti ad accogliere il loro congiunto affetto da AIDS conclamata. Ancora una volta si fa gravare sulla famiglia un grande problema come quello rappresentato da soggetti detenuti e malati di AIDS.

Lo stesso avviene per i tossicodipendenti. Si parla di arresti domiciliari e di strutture attrezzate ma quando lo Stato si renderà conto del fatto che tali strutture non esistono il peso ricadrà nuovamente sulle famiglie.

Pertanto, in conclusione, dal momento che i miei dubbi sono molti, mi riservo di intervenire presentando una serie di emendamenti.

Invito comunque tutti i colleghi a riflettere sul nostro intervento che dà la sensazione di modificare la situazione offrendo chissà quali vantaggi, vantaggi che, a mio avviso, non ci sono, nonostante lo sforzo compiuto dai colleghi della Camera.

CIRAMI. Vorrei che la Commissione riflettesse sull'urgenza del problema.

Infatti, esaminando la data di presentazione del disegno di legge n. 77, cioè il 9 maggio 1995, ci si può rendere conto che l'urgenza non riguarda tanto il problema in sé quanto le forze politiche.

L'urgenza del provvedimento mi sembra del tutto incompatibile con l'attuale situazione carceraria, se è vero che anche alla base della relazione e degli altri disegni di legge sussiste la preoccupazione per il sovraffollamento nelle carceri e per l'assenza negli istituti penitenziari di strutture idonee a fare fronte a questo tipo di malattia.

Non capisco perché si debba prevedere una forma di privilegio – nessuno me ne voglia – per gli ammalati di AIDS quando poi uguale preoccupazione non viene espressa nei confronti di altri malati terminali, come ad esempio i malati di cancro o i cardiopatici in attesa di trapianto.

Ultimamente, ho scritto al Ministro per sollecitare un suo interesse per un detenuto del carcere di Messina che è in attesa di trapianto. La struttura carceraria oppone resistenze al suo trasferimento a Padova, dove è stato in cura e dove più idoneamente potrebbe attendere l'immediato intervento.

La preoccupazione, in realtà, non investe la figura del malato in sé perché di fatto ci si vuole solo liberare di un problema, peraltro assai complesso, quello della malattia dell'AIDS, e si ritiene di poter risolvere la questione togliendo dalle carceri i detenuti malati di AIDS senza preoccuparsi, invece, di migliorare le fatiscenti strutture carcerarie, insussistenti e a volte disumane.

Il problema si pone sia per i malati di HIV sia per i tossicodipendenti, cioè quelle categorie di soggetti che è problematico avere in cura;

non dimentichiamo però che queste persone sono andate in carcere non perché affette da AIDS ma perché delinquenti o addirittura assassini.

Condivido pertanto la preoccupazione sottolineata dalla senatrice Siliquini e rilevata nuovamente dal senatore Peruzzotti: è necessario considerare la tutela dell'ordine pubblico e delle vittime, quindi della collettività.

Potrei quindi condividere l'urgenza solo se fosse considerata altrettanto urgente la rivisitazione delle strutture carcerarie nell'ambito delle quali approntare gli idonei sistemi di cura nei confronti non solo dell'AIDS ma anche di altre malattie che, parallelamente, pongono in pericolo la vita di chi ne è affetto.

Intendo quindi demistificare il problema che si presenta di natura politica e che io non voglio avallare. La questione è, invece, di ordine fattuale e la fattualità è da individuare soprattutto nel miglioramento delle strutture, attraverso criteri di differenziazione, interventi edilizi, assistenza sanitaria in carcere, senza scaricare non si sa bene su chi la responsabilità delle cure dei malati, compresi quelli di AIDS.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione congiunta ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,05.*

