

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

2^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Giustizia)

112° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 FEBBRAIO 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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

(97) *LISI: Modifiche degli articoli 275, comma 4, e 286-bis del codice di procedura penale in tema di criteri di scelta delle misure cautelari e di divieto di custodia cautelare in carcere per motivi di salute*

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 2, 10
BATTAGLIA (AN)	8, 9
FASSONE (Dem. Sin.-l'Ulivo)	3, 8
PREIONI (Lega Nord-per la Padania indep.)	8
SCOPELLITI (Forza Italia), relatrice alla Commissione	2

I lavori hanno inizio alle ore 15,45.

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) *SILIQVINI 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*

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

(97) *LISI: Modifiche degli articoli 275, comma 4, e 286-bis del codice di procedura penale in tema di criteri di scelta delle misure cautelari e di divieto di custodia cautelare in carcere per motivi di salute*

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 3743, 77, 186 e 2682, sospesa nella seduta del 27 gennaio.

In quanto connesso per materia, è iscritto all'ordine del giorno anche il disegno di legge: «Modifiche degli articoli 275, comma 4, e 286-bis del codice di procedura penale in tema di criteri di scelta delle misure cautelari e di divieto di custodia cautelare in carcere per motivi di salute», d'iniziativa del senatore Lisi.

SCOPELLITI, *relatrice alla Commissione*. Signor Presidente, propongo che la discussione dei cinque disegni di legge prosegua congiuntamente.

PRESIDENTE. Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Prego pertanto la senatrice Scopelliti di integrare la sua relazione con riferimento al disegno di legge n. 97.

SCOPELLITI *relatrice alla Commissione*. Signor Presidente, il disegno di legge n. 97, d'iniziativa del senatore Lisi, affronta la materia dell'incompatibilità del regime carcerario anche in relazione a casi diversi da quelli considerati negli altri disegni di legge in esame. Si riferisce, infatti, a malattie per le quali può essere stabilita l'incompatibilità con il carcere

senza accennare minimamente all'AIDS; proprio per questa sua specificità è una proposta molto apprezzabile.

Il disegno di legge n. 97 è costituito da un unico articolo; il comma 1 è volto a sostituire il comma 4 dell'articolo 275 del codice di procedura penale. In verità, questa prima parte del disegno di legge non mi trova concorde in quanto la formulazione che il senatore Lisi propone riduce il campo di applicazione dell'attuale disposizione dell'articolo 275 del codice di procedura penale limitandolo solo alle donne: infatti se la lettura del testo che do è corretta, la previsione è limitata soltanto alle donne anche nella parte in cui si fa riferimento a persone che abbiano oltrepassato l'età di settanta anni. Ritengo pertanto che sarebbe preferibile mantenere l'attuale comma 4 dell'articolo 275.

Di interesse è invece il comma 2 dell'articolo unico con il quale si aggiungono due commi (*3-bis* e *3-ter*) all'articolo 286-*bis* del codice di procedura penale. Il comma *3-bis* introduce il concetto di incompatibilità con il carcere di fronte a gravi infermità fisiche (quindi praticamente si ripropone la formula dell'articolo 147, numero 2, del codice penale). Il comma *3-ter* precisa le modalità dell'accertamento di tale incompatibilità, prevedendo che il giudice si avvalga del parere di un collegio medico composto da un consulente nominato dal giudice, da un altro nominato dalla difesa e da un terzo che, secondo il testo proposto, deve appartenere al «corpo medico militare». Non ho inteso bene questa espressione, né ho avuto la possibilità di parlarne con il collega Lisi, pertanto non mi è chiaro a quali figure si intenda fare riferimento; credo che non si richiami la medicina penitenziaria, ma proprio il corpo medico militare e sinceramente non ne comprendo la ragione.

Riscontro, comunque, all'interno del disegno di legge n. 97 alcuni elementi che mi sono cari, in particolare l'inserimento nel concetto di incompatibilità con il carcere anche delle gravi infermità fisiche; spero pertanto che, mantenendo fede alla decisione di assumere come testo base il disegno di legge che ha come primo firmatario l'onorevole Pisapia, la proposta del senatore Lisi possa diventare uno strumento di riferimento nella presentazione di emendamenti al testo in esame.

FASSONE. Signor Presidente, i disegni di legge in esame ci ripropongono una problematica molto delicata, perché in questa materia si incrociano sentimenti ed esigenze diverse. In primo piano, vi è l'esigenza umanitaria, che richiede particolare sensibilità e attenzione verso la tragicità delle situazioni coinvolte, ma entrano in campo anche esigenze di parità di trattamento e di tutela della collettività, che hanno formato oggetto dell'epilogo, necessariamente infelice, della vicenda legislativa che è stata percorsa pochissimi anni orsono.

Proprio per questo credo sia necessario ripercorrere quanto è accaduto: per evitare di cadere di nuovo negli stessi errori e, quindi, di produrre una normativa che desti attenzioni ed entusiasmi, ma che rischi di venire nuovamente sconfessata dalla Corte costituzionale.

Ritengo che il punto di partenza per capire come ci si sia infilati in taluni vicoli ciechi sia rappresentato da una legge che è solo apparentemente estranea alla materia in questione: la legge 5 giugno 1990, n. 135, che affronta il problema dell'affezione da AIDS non dal punto di vista processuale e penitenziario ma, in generale, in tutti i campi. Tale legge, oltre a prevedere l'istituzione di presidi sanitari e di strutture di accoglienza, ha sancito i principi fondamentali del divieto di discriminazione, a qualsiasi titolo, nei confronti di questi malati e della necessità del loro consenso per tutto ciò che concerne gli interventi che subiscono, in particolare quelli di accertamento (i famosi *test* sanitari).

La legge n. 135 è stata promulgata agli albori della diffusione di questa malattia e l'ha affrontata dall'angolo visuale strettamente sanitario e umanitario dei malati di AIDS. Siccome questa legge non ha previsto eccezioni al principio del consenso, nemmeno in relazione alla situazione penitenziaria, in quest'ambito è nata, come contraccolpo, una grave preoccupazione relativa al pericolo che si potesse diffondere il contagio nelle comunità carcerarie, che sono per loro natura ristrette (e pertanto in esse il contagio stesso è più facile che altrove), essendo venuta meno la possibilità di effettuare *screening* ed accertamenti e, conseguentemente, di provvedere all'isolamento del malato o ai necessari interventi preventivi. Questo ha prodotto una sorta di «ossessione da sfollamento» – come è stata definita da chi ha studiato la materia – che è stata alla base dell'approvazione dei primi decreti-legge, uno dei quali è stato convertito con la legge n. 222 del 14 luglio 1993 che, a sua volta, è stata colpita dalla pronuncia della Corte costituzionale.

Il primo disegno di legge che interviene sulla materia processuale e penitenziaria, datato 13 luglio 1992, è ispirato ad un rigido automatismo, nel senso che all'accertamento della malattia corrisponde il divieto di custodia in carcere e il differimento dell'esecuzione.

Il legislatore non può non rendersi conto che in questo modo introduce una disparità di trattamento nei confronti di altre malattie di uguale, talora addirittura maggiore gravità e affronta la questione appunto dall'angolo visuale della comunità carceraria, nel senso che proprio l'esigenza di evitare il pericolo di contagio, particolarmente intenso nella microcomunità carceraria, motiva il trattamento specifico differenziale. Quindi, nasce questo decreto-legge centrato sul rigido automatismo: malattia uguale divieto di custodia cautelare.

Il decreto-legge non è convertito, come sappiamo. Ne seguiranno ben altri cinque, segno anche di un percorso parlamentare piuttosto travagliato perchè i nodi non sono facili da sciogliere. E quando interviene l'ultimo decreto-legge, convertito nella legge 14 luglio 1993, n. 222, l'assestamento è fondato sui seguenti principi e sulle seguenti proposizioni. In primo luogo, non può essere mantenuta la custodia cautelare in carcere se sussiste una incompatibilità tra le condizioni di salute e la condizione carceraria. In secondo luogo – e qui sta la novità – l'incompatibilità sussiste, ed è presunta *iuris et de iure*, quando si tratta di AIDS conclamata ovvero di grave deficienza immunitaria. Il terzo principio, che è un coroll-

lario del secondo, é che viene rimessa alla sede amministrativa l'individuazione dei livelli di deficienza immunitaria.

Nascono subito non solo le prime critiche ma le prime eccezioni di legittimità costituzionale, che investono quattro profili, alcuni dei quali credo debbano essere tenuti presenti anche oggi perchè rischiamo di doverli affrontare di nuovo.

Il primo è evidenziato da molti giudici *a quibus*, i quali sottolineano il privilegio per i portatori di questa malattia nei confronti dei malati di patologie altrettanto gravi. È il problema della disparità di trattamento dal punto di vista strettamente clinico-sanitario.

Il secondo profilo (quello che poi la Corte costituzionale riceverà nella sentenza ultima di questo itinerario) è l'indiscriminato favore nei confronti della malattia in astratto, anzichè aversi riguardo alle condizioni del malato in concreto. In sostanza, chi è portatore di questa affezione si presume, *iuris et de iure*, in una condizione di gravità tale da produrre il divieto di custodia cautelare, a prescindere dall'accertamento che nel caso concreto le sue specifiche condizioni non siano così gravi.

Il terzo profilo concerne la scarsa attenzione alle esigenze della collettività, perchè il divieto di custodia cautelare finisce con il produrre – si dice – una categoria di intoccabili, di penalmente immuni.

Il quarto e ultimo profilo è di ambito più propriamente istituzionale e attiene al fatto che la magistratura è privata di ogni potere di valutazione delle specificità del caso concreto, nella qual cosa consiste appunto l'esercizio della funzione giurisdizionale, con l'impossibilità di un filtro tra il principio generale e il caso specifico.

La Corte, investita delle prime eccezioni (cerco di andare per sommi capi, sperando di non essere troppo pedante, ma mi pare utile questa ricapitolazione), con la prima sentenza, la n. 70 del 1994, le respinge proprio utilizzando la *ratio legis* invocata nei lavori preparatori. È vero che ci sono disparità di trattamento rispetto ad altri malati, è vero che il legislatore ha riguardo alla malattia più che al malato, però siccome c'è un'assoluta necessità di preservare la comunità carceraria dal rischio di contagio – sono testuali parole –, questo giustifica la disparità di trattamento legislativo. E quanto alla disparità nei confronti di altre gravi malattie, la Corte la respinge appunto perchè queste non presentano analogo rischio; quindi – conclude – se la finalità è quella di preservare la comunità carceraria, la scelta del legislatore è anomala ma giustificata. È una chiara sentenza a carattere difensivo, anche perchè nella motivazione già comincia ad accennarsi quello che poi sarà il *leitmotiv* delle altre pronunce, cioè la sollecitazione al legislatore ad intervenire per fronteggiare l'altra esigenza: la tutela della collettività nei confronti di costoro che sono scarcerati.

La risposta della Corte riceve molte critiche; si sollevano altre eccezioni e poco dopo interviene una seconda pronuncia della Corte, la n. 210 del 1994 che questa volta viene sollecitata proprio con espresso riguardo alla disparità di trattamento relativa ad altri malati gravi. Ancora una volta, la Corte respinge l'eccezione di legittimità richiamando la *ratio le-*

gis della tutela della comunità carceraria. Ma in questo modo è evidente che la Corte si espone ad ulteriori critiche di rimbalzo, e cioè che vi sono altre situazioni di contagio che però non sono analogamente disciplinate attraverso l'esclusione immediata ed automatica dal carcere, che vi sono possibilità di fronteggiare il contagio con l'isolamento, e soprattutto per la prima volta si affaccia l'obiezione che non è corretto socialmente scaricare il pericolo di contagio interno sulla comunità esterna.

La Corte, sollecitata ancora da altre eccezioni, tornerà ad occuparsi della questione parecchie volte (alcune non le cito perchè non sono essenziali alla ricostruzione di questo percorso). Con l'ordinanza n. 300 del 1994, per la prima volta la Corte si pronuncia sull'esigenza di tutela della collettività, fino ad allora non posta espressamente in rilievo dai giudici *a quibus* (ed è utile sottolinearlo perchè devitalizza la critica di ipersensibilità alle esigenze di tutela, poichè le eccezioni sono promosse in ambito strettamente clinico). La Corte respinge l'eccezione non solo richiamando la *ratio legis* ma, quanto al problema della sicurezza, rivolgendo esplicito invito al legislatore a risolvere esso stesso il problema attraverso l'impiego di altri strumenti che indica, sia pure orientativamente, nella cautela minore, cioè gli arresti domiciliari, eventualmente accompagnati da prescrizioni o altre cautele. È proprio quello che propone l'attuale provvedimento, che ci richiama anche a queste riflessioni.

Intanto, accade che in quei mesi aumentano – non so se fondatamente oppure no – gli allarmi conseguenti a questa categoria che ha acquisito consapevolezza della propria impunità carceraria, per cui sono abbastanza frequenti le situazioni di scarcerazione, commissione di nuovo reato, incarcerazione, immediata trasformazione in arresti domiciliari, evasione e commissione di nuovo reato, in una sorta di circuito vizioso che è impossibile fermare.

Nell'ottobre 1995 la Corte costituzionale finalmente alza le braccia ed interviene pesantemente sulla normativa: tutte le argomentazioni che aveva usato per respingere le precedenti eccezioni sono ora invece utilizzate pari pari per confortare l'accoglimento. Essa dichiara illegittimo il rigido automatismo giudiziale che impedisce al giudice di verificare se nel caso concreto sussistano davvero quelle situazioni di incompatibilità fra stato di salute e detenzione che sole dovrebbero giustificare il sacrificio degli interessi postergati. E aggiunge: se la tutela della salute del consorzio carcerario fosse stato l'unico valore che il legislatore ha inteso salvaguardare con la legge n. 222, allora l'identico regime avrebbe dovuto prendere in considerazione l'intera e ben più estesa gamma di tutti i portatori dell'infezione HIV, essendo questo e non la malattia in sé considerata il presupposto di insorgenza del rischio di contagio. E ancora: la norma censurata ha evidentemente inteso tutelare anche la salute del singolo condannato e non solo quella della microcomunità carceraria, e se è così il legislatore ha fatto male ad adottare un modulo strutturato in termini di rigoroso automatismo, che nessuno spazio lascia alla possibilità di verificare in concreto la compatibilità delle condizioni di salute del condannato con l'esecuzione della pena.

Credo che a questo punto sia possibile provare a tirare le fila per individuare alcuni binari in cui, nella varietà delle opinioni, dovremo necessariamente muoverci.

Per quanto riguarda il rinvio dell'esecuzione della pena, cui fanno riferimento molti dei disegni di legge in esame, vale quanto ha affermato la Corte costituzionale: sono soltanto le condizioni di salute del singolo a dover essere prese in considerazione dal legislatore e non certo la malattia in quanto tale, giacché, a fronte di un identico stato morboso, qualunque esso sia, le variabili cliniche possono essere tante quante l'intera casistica è in grado di offrire. Quindi, è difficile accogliere l'ipotesi di ricorso alle misure alternative, anche oltre i limiti di pena ordinari (e quindi teoricamente anche per pene altissime, perché se si sfondasse il limite triennale dell'affidamento o un altro, qualsiasi condanna giustificerebbe l'adozione di misure alternative), senza aver riguardo alla specifica incompatibilità del regime carcerario con la concreta situazione del malato. Inoltre, bisogna tener presente l'innovazione che abbiamo introdotto con la cosiddetta legge Simeone, ossia il rinvio dell'esecuzione della pena in caso di incompatibilità carceraria e l'adozione immediata della detenzione domiciliare.

Per quanto riguarda, invece, la custodia cautelare, occorre tener presente la necessità di aver riguardo – come ha affermato la Corte – al malato e non alla malattia.

Credo pertanto che il nostro intervento legislativo debba avere le seguenti caratteristiche: evitare l'automatismo per cui ad una certa malattia, ad una certa affezione clinica, consegua il divieto di carcerazione, perché questo meccanismo è già stato dichiarato illegittimo, ed evitare la disparità di trattamento nei confronti di malattie anch'esse gravissime. Una volta unificata la situazione fra condizioni particolarmente gravi, il disegno di legge dovrà inoltre bilanciare le esigenze umanitarie con quelle cautelari di eccezionale rilevanza (come fa attualmente la legge 8 agosto 1995, n. 332) e, come ha stabilito la Corte, dovrà essere volto ad assicurare la prevalenza delle esigenze umanitarie tutte le volte in cui quelle cautelari, pur essendo presenti, non siano di eccezionale rilevanza.

Infine, quando vi siano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza (il che nella specie avverrà per effetto o della particolare gravità della condanna o di una recidiva ripetuta del soggetto) il disegno di legge dovrà prevedere l'obbligo di accertare se esistano strutture idonee a fronteggiare la malattia all'interno del circuito penitenziario – secondo l'indirizzo espresso dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 439 – tenendo conto che in molti casi la malattia non ha bisogno tanto di speciali interventi sanitari, quanto di particolari strutture di accoglienza. Solo nel caso non esistano presidi di questo genere, si potrà ricorrere a quelli esterni, accompagnando tale previsione con un meccanismo di revoca in presenza di determinati livelli di recidiva o di inosservanza delle prescrizioni.

Purtroppo, è questo l'epilogo sgradevole di qualunque percorso, tanto è vero che anche il disegno di legge assunto a testo base approda a tale conclusione: malauguratamente non si può evitare in assoluto il carcere e pertanto di fronte ad una recidiva ostinata o ad una ripetuta inosservanza

delle prescrizioni sanitarie la struttura del provvedimento fatalmente approda a questo risultato.

Ho indicato finora quelli che mi sembrano gli indirizzi di massima; ad essi non si può non accompagnare, però, una considerazione non solo strettamente giuridica o processuale, quanto di più ampio respiro politico-sociale, anche se mi rendo ben conto che questa non può essere altro che l'oggetto di una sorta di raccomandazione che, in pratica, rivolgo a noi stessi.

L'impegno fondamentale in questa materia non è quello di mettere fuori del carcere dei malati, ma quello di costruire intorno alle persone coinvolte un ambiente che possa restituire loro dignità e speranza per il periodo restante della vita.

BATTAGLIA. Un ambiente ospedaliero!

FASSONE. Non solo, ci sono varie possibilità di intervento: molti malati non chiedono tanto di essere messi fuori dal carcere, perché non saprebbero neppure dove andare, quanto di essere aiutati a vivere con dignità e senso di sé la fine della loro esistenza. A tale scopo si dovrebbero, ad esempio, prevedere: laboratori artigiani che prospettino attività compatibili con le forze residue dei malati; commesse provenienti dall'esterno del carcere, che conservino a queste persone il senso di un'utilità e di un'identità; un trattamento diagnostico e sanitario attento e qualificato, che rimuova il senso dello scarto sociale che per loro è la tragedia forse più intensa; l'utilizzo dei malati stessi (almeno di quelli nella fase meno avanzata della malattia) come elementi traenti di una comunità di uguali, anche all'interno del carcere stesso; collegamenti con la comunità esterna attraverso un coinvolgimento affidato sia all'Amministrazione penitenziaria che agli enti territoriali e, infine, la formazione professionale specifica dei soggetti chiamati ad interloquire con questo tipo di malattia.

Ripeto, mi rendo ben conto che una tale impostazione non potrà essere oggetto di un emendamento o di un testo normativo, ma è lo sfondo di una riflessione più ampia che credo non possa non accompagnarci nel desiderio, molto meno entusiasmante, di dare vita ad una normativa attenta al bilanciamento di tante esigenze contrapposte.

PREIONI. Signor Presidente, ho seguito con attenzione l'intervento molto interessante del collega Fassone; rivolgo a voi, però, una considerazione provocatoria che mi ha suscitato: sono un parlamentare, se uccido il senatore Fassone ma poi riesco ad ottenere un certificato che mi dichiara affetto da AIDS potrei essere reinserito nell'attività parlamentare! Non capisco infatti perché un artigiano possa continuare la sua attività ed un parlamentare no.

È, chiaramente, un dilemma suggestivo, volto a sottolineare come spesso si pensi solo a chi deve essere reinserito in attività lavorative artigianali o comunque manuali, dimenticando che tale possibilità potrebbe riguardare anche soggetti che svolgano lavori di genere diverso.

Mi è piaciuta molto la definizione usata dal senatore Fassone dell'atteggiamento tenuto verso i malati di AIDS: un indiscriminato favore per la malattia in astratto. Ritengo che ciò sia avvenuto perché nel momento storico in cui sono state approvate le normative particolari per i detenuti malati di AIDS, venivano contemporaneamente finanziati in maniera massiccia una serie di campagne di informazione sulla pericolosità di questa malattia, tanti interventi di natura assistenziale nei confronti dei malati di AIDS e molti progetti di ricerca. Esisteva, quindi, un forte interesse economico ad attribuire a questa malattia delle caratteristiche diverse da quelle delle altre e pertanto, nella poca lungimiranza del legislatore dell'epoca, si sono attribuiti a questa malattia un valore, una gravità e un'attenzione diversi da quelli riservati ad altre patologie, creando così un'ingiusta sperequazione. Credo che, ad esempio, se Priebke fosse stato malato di AIDS probabilmente gli sarebbero stati concessi gli arresti domiciliari o sarebbe stato scarcerato immediatamente dopo la condanna; poiché soffre, invece, di altre malattie, nonostante abbia più di ottant'anni, fino a pochi giorni fa è stato ancora in situazione di carcerazione.

Certo, sono delle situazioni di grande ingiustizia che devono essere riequilibrate. Quindi, nel sistema della carcerazione, dell'espiazione della pena, si deve trovare un nuovo equilibrio che però deve essere basato su situazioni oggettive, vere, riconosciute, diffuse, e non dettate dagli interessi politici od economici del momento.

Mi riservo di presentare emendamenti nella fase successiva dell'esame di queste proposte di legge.

BATTAGLIA. Signor Presidente, innanzitutto vorrei esprimere il mio apprezzamento per l'intervento del senatore Fassone, nonché ringraziare la relatrice, che in modo puntuale, con competenza e abnegazione ha lavorato su un provvedimento che in questo momento è all'attenzione di tutti gli operatori che sono particolarmente interessati a questa materia, soprattutto per quanto riguarda gli ammalati di AIDS che si trovano in una situazione di precarietà in quanto ristretti all'interno della struttura carceraria.

Non desidero svolgere un intervento molto lungo, ma fare solo alcune osservazioni e precisazioni, anche sulla base dell'esperienza che ho maturato personalmente. Come operatore della giustizia, purtroppo ho avuto dei clienti, miei assistiti, ammalati di AIDS; di essi, ben quattro o cinque sono morti, per tale patologia, nel carcere di Termini Imerese. Quindi ho esperienza diretta del problema e rilevo che il provvedimento in esame sicuramente non è in grado di condurre alla sua soluzione. L'AIDS è una malattia che colpisce soprattutto soggetti poco abbienti che fanno uso di sostanze stupefacenti. Per arrivare a questo miraggio, all'utilizzo della droga, purtroppo sono costretti a delinquere e quindi facilmente si ritrovano all'interno delle mura del carcere. A questo punto accade che, a causa della promiscuità ivi esistente, la struttura carceraria intende in qualche modo liberarsi di questi soggetti divenuti pesanti. Al di là della sensibilità che lo Stato, attraverso i propri rappresentanti, possa avere nei con-

fronti di questo tipo di detenuti, un dato è certo: diventano un peso, perché la struttura carceraria non è in condizioni di diversificare al suo interno situazioni differenti e allora preferisce addirittura fare pressioni nei confronti degli organi ai quali è affidata la libertà del detenuto per uscire da questo pesante meccanismo.

Il risultato è che il detenuto malato di AIDS, che sicuramente non è il detentore di grandi posizioni economiche che gli consentano di curarsi o di vivere adeguatamente il proprio stato di salute, esce dal carcere e ritorna in mezzo alla strada, nelle piazze, non certo per lavorare ma per riprendere l'attività di prima, cioè lo spaccio di droga e il consumo della sostanza stupefacente.

Voglio tornare un attimo indietro a periodi che non ho vissuto, ma le strutture costruite durante i quali sono rimaste; ne voglio parlare in termini critici. Il fascismo, quando volle combattere la tubercolosi, creò i sanatori e innalzò mura di cinque-sei metri, all'interno delle quali rinchiuso i malati e cercò, secondo i tempi e le modalità di allora, di tutelare l'ambiente esterno mettendo appunto i malati all'interno di un circuito e isolandoli dal mondo. Oggi invece, con l'evoluzione dei tempi, non ci sono più le mura di cinta che chiudono i malati di tubercolosi, non c'è neanche un muro di cinta che racchiuda i malati di AIDS, ma nessuno pensa di tutelare l'ambiente esterno da questi soggetti che circolano liberamente e minacciano i passanti con siringhe insanguinate in grado di trasmettere la dannata malattia.

È un sogno, un miraggio che fa parte della fantascienza recuperare al mondo del lavoro e delle professioni tutti coloro i quali sono affetti da questa malattia, proprio per i motivi che ho esposto. Allora io ritengo che bisogna obbligarli a vivere all'interno delle strutture ospedaliere, dove devono essere curati e trovare un ambiente sereno e l'assistenza dello Stato, non delle famiglie, che non sono in condizione di assisterli, uno Stato che è sensibile nei confronti del problema, perché in effetti questo Parlamento si sta adoperando, come in passato, per affrontare tale problematica e aiutare questi soggetti che vivono gli ultimi giorni della loro vita all'interno delle strutture carcerarie.

Dobbiamo attivarci per cercare un investimento all'interno del carcere, prevedendo, come primo atto, una carcerazione separata di questi soggetti e dobbiamo operare affinché, quando sono fuori, possano trovare l'assistenza dello Stato, senza abbandonarli, perché è l'unico modo per garantire loro qualche giorno di vita in più ed evitare il contagio all'esterno.

PRESIDENTE. Poiché la seduta pomeridiana dell'Assemblea sta per iniziare, non facendosi osservazioni, rinvio la discussione congiunta ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

