

SENATO DELLA REPUBBLICA

— X LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'AIDS

13° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 5 LUGLIO 1988

Presidenza del Presidente ZITO

INDICE**Audizione del Ministro di grazia e giustizia**

PRESIDENTE	<i>Pag. 3, 8, 12 e passim</i>
ALBERTI (<i>Sin. Ind.</i>)	15
AZZARETTI (<i>DC</i>)	9
BOGGIO (<i>DC</i>)	10
CONDORELLI (<i>DC</i>)	8
CORLEONE (<i>Fed. Eur. Ecol.</i>)	13
DIONISI (<i>PCI</i>)	11, 12
NATALI (<i>PSI</i>)	17
SIGNORELLI (<i>MSI-DN</i>)	15
VASSALLI, <i>ministro di grazia e giustizia</i>	3, 11, 18

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il Ministro di grazia e giustizia.

I lavori hanno inizio alle ore 18,45.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'AIDS, sospesa il 29 giugno.

È in programma oggi l'audizione del Ministro di grazia e giustizia.

Audizione del Ministro di grazia e giustizia

PRESIDENTE. Rivolgo al ministro Vassalli un vivo ringraziamento per aver aderito alla richiesta di informazioni da noi avanzata. So che gli sottraiamo del tempo prezioso, in un momento particolarmente intenso di grandi impegni, ma ritengo che egli possa essere interessato da questa audizione, essendo stato il primo parlamentare ad aver sollevato qui in Senato il problema dell'AIDS.

Ricordo che l'audizione si svolge con la forma di pubblicità di cui all'articolo 33, quarto comma del Regolamento.

Do senz'altro la parola al Ministro di grazia e giustizia per una esposizione introduttiva dell'argomento dell'indagine.

VASSALLI, *ministro di grazia e giustizia*. La ringrazio, signor Presidente, anche perchè ha ricordato quel mio intervento nella nona legislatura, svolto davanti alla Commissione sanità, presieduta allora dal senatore Bompiani, alla presenza del sottosegretario di Stato De Lorenzo: attraverso interrogazioni parlamentari iniziammo ad affrontare il problema, che sicuramente a quell'epoca non presentava le dimensioni spaventose di questi ultimi tempi.

Prima di iniziare la mia esposizione, desidero scusarmi con la Commissione dei molteplici rinvii, ma purtroppo impegni governativi non mi hanno consentito di essere presente prima d'ora a questa audizione.

Premetto che il Ministero di grazia e giustizia, sul problema dell'AIDS collegato alla situazione penitenziaria, ha già avuto occasione di occuparsi in sede parlamentare rispondendo ad una interrogazione a risposta scritta dei deputati Guidetti Serra, Russo Spena e Tamino, del 9 luglio 1987 (alla quale è stata data risposta il 19 ottobre 1987) e ad una interrogazione presentata dal senatore Pollice (alla quale è stata data risposta il 23 gennaio 1988).

Nella mia esposizione affronterò il problema dell'AIDS negli istituti di prevenzione e di pena; tuttavia, se resterà tempo, potrò dare anche qualche informazione suppletiva sugli aspetti penali più generali della materia, essendo reduce dal convegno dei Ministri della giustizia del Consiglio d'Europa che, riunitosi a Lisbona nei giorni 20 e 21 giugno, ha posto

all'esame anche i problemi criminologici e penali connessi alla prevenzione del *virus* LAV/HTLV-III.

Già nel 1985, a seguito delle segnalazioni circa l'aumento, anche in Italia, dei casi di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e di diffusione del *virus* LAV/HTLV-III, l'Amministrazione penitenziaria cominciò ad affrontare il problema negli istituti di prevenzione e di pena, data la presenza in essi di un non indifferente numero di categorie a rischio (quali gli omosessuali e i tossicodipendenti).

Dopo contatti intercorsi con il Ministero della sanità e con l'Istituto superiore di sanità, nel bollettino settimanale epidemiologico del 24 gennaio 1985 la direzione generale, con circolare n. 3127/5577 del 27 giugno 1985, impartì uniformi direttive agli istituti penitenziari affinché tutti i detenuti ed internati «nuovi giunti», che avessero espresso il loro consenso, fossero sottoposti al saggio per il rilevamento degli anticorpi anti LAV/HTLV-III. Con tale circolare furono anche fornite utili indicazioni ed informazioni sui casi di sintomatologia sospetta e sulle misure precauzionali da adottare per prevenire la diffusione del *virus* tra la popolazione detenuta ed internata ed il contagio degli operatori penitenziari.

Nel 1985, dei 28.452 soggetti sottoposti volontariamente ai rilevamenti del *virus* LAV/HTLV-III, risultarono 4.727 casi di sieropositività, 510 casi di LAS e 2 casi di AIDS.

L'esito di tale indagine è apparso subito allarmante, tenuto conto che essa, necessariamente ristretta ai soli soggetti consenzienti, riguardava circa un terzo dei detenuti e degli internati entrati negli istituti penitenziari nel corso dell'anno 1985 (91.762).

La popolazione penitenziaria media è sicuramente inferiore al dato che ho citato, ma se si considera il movimento complessivo su base annua - che poi è il dato che alla Commissione interessa - si comprende come si sia arrivati nel 1985 a calcolare 91.762 presenze.

Dai rilevamenti effettuati negli anni successivi è poi emerso l'evolversi del fenomeno. Infatti nel 1986 su 35.342 soggetti sottoposti ad analisi sono risultati 6.703 casi di sieropositività, 823 casi di LAS e 9 casi di AIDS, con incrementi rispetto all'anno precedente del 41,8 per cento, del 61,3 per cento, e del 350 per cento.

Nello scorso anno 1987, su 84.792 detenuti o internati provenienti dalla libertà ne sono stati sottoposti ad analisi 36.038; tra questi sono risultati 7.107 casi di sieropositività, 1.628 casi di LAS, 178 casi di ARC (un dato rilevato per la prima volta) e 26 casi di AIDS. Rispetto al 1986 si è notato che ad un lieve aumento dei casi di sieropositività (più 6 per cento) ha fatto però riscontro un notevole incremento dei casi di LAS (più 97,7 per cento) e di AIDS (più 188,8 per cento).

La gravità della situazione, quale risulta dai dati sopraesposti (il cui dettaglio è riportato nei prospetti che farò avere alla Commissione), emerge in più chiara luce ove si consideri che le indagini sono limitate ad una parte della popolazione penitenziaria e che le condizioni di sovraffollamento e di promiscuità negli istituti penitenziari comportano verosimilmente sviluppi che, manifestandosi a notevole distanza di tempo, non possono essere visti nelle loro reali dimensioni future. Si è quindi provveduto ad assumere le opportune iniziative intese ad accertare, per quanto possibile, l'entità del fenomeno e a tutelare la salute sia dei detenuti ed internati portatori del *virus*, sia dei detenuti ed internati sani, sia degli operatori penitenziari, sia di

tutte le altre persone che, a diverso titolo, hanno contatti con essi, all'interno e all'esterno degli istituti (a quest'ultimo proposito si citano, ad esempio, i casi di traduzione, di semilibertà, di lavoro all'esterno, di fruizione di permessi).

In data 19 settembre 1986 è stata inviata al Ministero della sanità e all'Istituto superiore di sanità una nota con la quale, nell'esprimere preoccupazione per il fenomeno in questione e nell'espone i dati relativi, è stata richiesta la collaborazione necessaria ed è stata rappresentata l'opportunità di rendere obbligatoria nelle comunità chiuse l'analisi concernente le affezioni in esame e, più in generale, di elaborare una specifica normativa per dette comunità.

Con altra nota, di pari numero e data, il problema è stato prospettato anche ai Presidenti delle giunte regionali e provinciali, ai sindaci dei comuni sedi di istituti penitenziari e ai presidenti delle competenti Unità sanitarie locali, auspicando l'adozione di tutte le possibili iniziative e una fattiva collaborazione per risolvere il delicato problema.

La Direzione degli istituti di prevenzione e pena ha poi predisposto uno schema di decreto-legge e uno di disegno di legge recanti disposizioni per l'accertamento di sindromi da immunodeficienza acquisita in relazione ai detenuti e agli internati ristretti in istituti penitenziari, al fine di stabilire normativamente l'obbligatorietà delle analisi più sopra citate per tutti coloro che fanno ingresso negli istituti penitenziari per essere sottoposti all'esecuzione di una misura detentiva o limitativa della libertà, nonché per tutti i detenuti e gli internati già ristretti in detti istituti. Per tutelare la salute dei detenuti e degli internati fornendo ad essi una qualificata assistenza sanitaria in relazione ai rischi di fenomeni epidemiologici, con particolare riferimento all'AIDS, la Direzione generale ha disposto che le direzioni degli istituti penitenziari inseriscano tra i settori della medicina specialistica anche l'infettivologia e l'immunologia e provvedano quindi a stipulare apposite convenzioni, preferibilmente con le Unità sanitarie locali, per assicurare la presenza, anche giornaliera ove occorra, di uno specialista infettivologo od immunologo. La circolare a cui mi riferisco è del 13 febbraio 1987.

Con apposita lettera circolare, in data 25 marzo 1987, si è provveduto a trasmettere alle direzioni degli istituti penitenziari, per l'esatto adempimento, copia della circolare esplicativa emanata dal Ministero della sanità a seguito della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del 12 dicembre 1986 del decreto ministeriale a voi ben noto, con il quale questo Dicastero ha disposto che nell'elenco delle malattie infettive e diffusive sottoposte a denuncia obbligatoria sia inserita anche quella relativa all'AIDS. Si tratta di quel decreto che, aggiornando l'elenco contenuto nel decreto ministeriale del 1975 - quello stesso in cui si specificavano i casi di epatite virale - stabiliva, all'articolo 3, che «all'elenco delle malattie di cui al decreto ministeriale 5 luglio 1975 è aggiunta la particolare sindrome da immunodeficienza acquisita, allo stato attuale definita quale AIDS. La relativa denuncia andrà eseguita secondo le modalità che sono dettagliate nell'apposita circolare esplicativa». Inoltre, affinché l'Amministrazione penitenziaria possa disporre di un supporto tecnico-scientifico altamente qualificato per un approfondito studio del problema in argomento e per l'individuazione degli interventi da realizzare con la collaborazione anche degli enti territoriali competenti in materia, con decreto ministeriale del 20 giugno 1987, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 30 novembre, è stata costituita presso la Direzione

generale una commissione interdisciplinare sul problema dell'AIDS negli istituti penitenziari italiani, con il compito di organizzare una conferenza nazionale - quella di cui poi parleremo, svoltasi a Rimini poco tempo fa - e di fornire, attraverso lo studio e l'analisi del fenomeno nello specifico ambito penitenziario, qualificati indirizzi e metodologie scientifiche di rilevamento, adeguati al particolare campo di ricerca, ai fini dell'esatta valutazione dell'entità del fenomeno nonché della individuazione del coordinamento degli interventi da adottare in relazione all'accertamento diagnostico e alla terapia.

Dal 6 all'8 maggio si è svolta a Rimini la Conferenza nazionale penitenziaria «AIDS e carcere». Non so se la Commissione sanità del Senato abbia acquisito tutti gli atti, tra i quali vi sono relazioni interessanti anche di carattere informativo e internazionale sulle situazioni penitenziarie di altri paesi. Detta Conferenza è stata organizzata dalla sopra citata commissione interdisciplinare in adempimento del mandato conferitole con il decreto di cui sopra. Durante i lavori di detta Conferenza, cui hanno partecipato parlamentari, magistrati, giuristi, esponenti delle varie specializzazioni mediche, operatori penitenziari, sono state analizzate le complesse e delicate problematiche connesse alla presenza di soggetti portatori del virus e di soggetti a rischio, alla inevitabile promiscuità tra essi e i soggetti sani, al pericolo della ulteriore diffusione della malattia tra i ristretti e del possibile contagio per gli operatori penitenziari, alla mancanza di norme sulla obbligatorietà delle analisi per tutti coloro che fanno coattivamente parte di comunità chiuse e alla insufficienza dei mezzi, del personale e delle strutture.

In particolar modo è stata sottolineata la necessità che tutti gli organi competenti approfondano il massimo di impegno per la soluzione dei problemi e il superamento delle difficoltà, attuando la necessaria integrazione degli interventi per garantire la tutela della salute dei cittadini e per evitare che alcune istituzioni, in specie quelle penitenziarie, si trasformino in pericolosi focolai. È stata pertanto riconosciuta da più parti l'inderogabile esigenza di non appiattare su soluzioni omogenee, idonee per l'ambiente esterno, la particolarità e specificità delle problematiche relative all'istituzione penitenziaria, continuando nella ricerca di soluzioni atte a proteggere l'incolumità del personale e dei detenuti internati, nella finalità del rispetto dei diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione.

Vorrei completare queste note scritte rilevando i casi - di cui avrete avuto certo notizia - di alcune morti di detenuti affetti da AIDS avvenute in alcuni penitenziari. In particolare, è deceduta il 18 giugno 1988 tale Giaquinto, internata come appellante in seguito a una condanna per droga, che avrebbe finito di scontare la pena il 4 settembre 1990. A proposito di questo decesso ho ricevuto da parte della direzione dell'Istituto penitenziario un rapporto sull'andamento dei fatti, culminati con la morte di tale detenuta durante il ricovero ospedaliero. Vi è stato poi il caso di un sieropositivo, tale Raffaele Piccolo, che si è tolto la vita nel carcere di Le Vallette a Torino. Quindi, in questa dolorante materia si sono registrati episodi individuali anche molto drammatici.

Come gli onorevoli senatori avranno avvertito, dal tono di questa relazione predisposta dalla Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena risulta chiaramente la tendenza alla obbligatorietà dell'accertamento, che oggi è invece consensuale. Non posso nascondere che sulla materia

sussistono grandi perplessità, sempre ispirate dal rispetto dei diritti dell'uomo e della natura della popolazione penitenziaria, che è spesso transeunte, cioè formata di persone che si trovano ad essere astrette in carcere solo per un periodo di tempo limitato, nonché dal rispetto dei diritti relativi alla dignità personale e alla volontà e personalità individuali.

Anche durante il convegno di Rimini, i cui atti mi impegno a trasmettere a questa Commissione, sono state sollevate alcune perplessità a questo proposito. In particolare, nella relazione del consigliere Daga, che riguarda i problemi penitenziari con riferimento a diversi paesi, si sottolinea soprattutto l'esigenza preventivo-informativa la più larga possibile e anche una certa opportunità di non consentire che in comunità chiuse o potenzialmente chiuse si adottino norme di particolare rigore che non vengono applicate anche all'esterno.

Un altro incontro interprofessionale su questo tema del trattamento penitenziario, sempre nel quadro predisposto dalla Commissione già citata, è previsto per il prossimo settembre in Sicilia, mentre un altro sul tema della droga è previsto in Sardegna per ottobre.

Nel convegno di Lisbona dei Ministri della giustizia di Europa questo tema è stato il primo ad essere posto all'ordine del giorno.

Vi fornirò senz'altro anche i rapporti della delegazione del Portogallo e della Svizzera. Il nostro intervento a questo riguardo è consistito in uno scritto - che pure vi farò avere, anche se rappresenta una serie di notizie a voi note - sullo sviluppo di queste malattie e sulla preoccupazione che esse creano. Io ho fatto un intervento orale in cui ho rappresentato il punto di vista dell'Italia. Ho dato atto della gravità della situazione e delle preoccupazioni che ne derivano ed ho spiegato che quando si parla di problemi criminologici o penalistici questi vanno visti in una triplice dimensione, sulla quale voglio soffermarmi brevemente.

Prima di tutto vi è una dimensione tipicamente criminologica, secondo cui alcune malattie avrebbero un carattere «criminologico». Vi sono stati episodi drammatici di persone che hanno infettato con il *virus*, debitamente, intenzionalmente, il loro *partner*: si tratta di forme morbose psichiche.

Vi è poi una dimensione penalistica in senso stretto, attinente cioè la responsabilità penale di chi contagia con il *virus* un'altra persona. Questo problema veniva affrontato in passato nel codice per le forme morbose della sifilide e della blenorragia. Si tratta di un aspetto del codice Rocco che fu abrogato nel 1978 nel quadro della legge sull'aborto. La previsione di questo tipo di reato non sarebbe comunque servita a nulla per le altre forme morbose, data la specifica indicazione di quelle sole malattie e la tipicità che è carattere delle norme penali incriminatrici. Nel 1978 si ritenne, in sostanza, che la fattispecie potesse rientrare nelle norme generali sulle lesioni personali sia volontarie che morbose. Infatti, se una persona affetta da malattia ne è consapevole e vuole contagiare altri intenzionalmente, essa può essere responsabile di omicidio volontario o di lesioni personali volontarie, così come, se la stessa agisce colposamente, ci sono gli estremi della colpa e può essere punita per omicidio colposo o per lesioni volontarie colpose: tanto più in Italia dove la definizione di lesioni personali consiste nel cagionamento di malattia. Quindi già oggi questi fatti individuali sono punibili. Vorrei ricordare a questo proposito che è stato addirittura considerato omicidio colposo concorrente con il delitto doloso lo spaccio di droga.

Ma il problema non è quello delle responsabilità individuali in singoli casi, tra l'altro difficili da stabilire (perchè esiste pur sempre il problema dell'accertamento ed è difficile controllare chi ha effettivamente contagiato una persona); il problema è molto più generale, è quello della prevenzione, della possibilità di stabilire rigorose misure preventive di carattere generale corredate, per la loro violazione, di sanzioni penali. È su questo punto che avvengono le grandi dispute: infatti, mentre questa malattia rientra tra quelle a denuncia obbligatoria ed esistono anche altre norme di carattere preventivo che possono essere applicate, non sono state invece ancora estese specificamente a questo preoccupante fenomeno prescrizioni penali di carattere generale.

Il problema più grave tuttavia è quello relativo all'obbligatorietà o meno del trattamento sanitario. Si può stabilire per questi casi - ovviamente con legge - un trattamento sanitario obbligatorio sia pure nell'osservanza dei limiti dell'articolo 32, capoverso della Costituzione? E nei confronti di chi? Infatti un conto sono gli affetti dal morbo AIDS già acquisito ed un conto sono i sieropositivi sani. Come comportarsi con i sieropositivi sani? Questo è il grande problema morale, sociale e politico che dobbiamo risolvere.

Alla fine del congresso di Lisbona si è tenuta una conferenza stampa ed una giornalista, di chiaro orientamento ideologico, voleva a tutti i costi sul banco degli imputati il Ministro della Germania federale (che in quel momento si era allontanato) e voleva sapere se era vero che si escludevano i sieropositivi dall'impiego e che erano state adottate misure di particolare rigore e selezione dei sieropositivi stessi. Questa è la grave problematica che ci troviamo di fronte.

Ammesso che venga previsto il trattamento sanitario obbligatorio, prima di esso c'è l'accertamento sanitario obbligatorio: fino a che punto quest'ultimo deve essere generalizzato? Ed in particolare, deve essere attuato per tutte le comunità o specificamente per le comunità carcerarie?

Questo è il quadro generale che ho voluto accennare. Non ho potuto fornirvi tutti i dati ma - come ho detto - ve li farò pervenire in seguito; tutte le amministrazioni, anche quella della giustizia debbono poter apprendere i risultati di queste indagini conoscitive così importanti, così difficili, su temi tanto gravi come è appunto quello che la Commissione sanità, così autorevolmente presieduta e composta, sta conducendo.

PRESIDENTE. La ringrazio, ministro Vassalli, per la sua esposizione che, ritengo susciterà parecchie domande. Do la parola ai colleghi che intendono intervenire.

CONDORELLI. Ho ascoltato con molto interesse la sua relazione, onorevole Ministro, di cui sentivamo una viva attesa, e la ringrazio per i dati importanti che ci ha fornito. Lo *screening* unico che si fa, teso a selezionare i soggetti infetti, riveste un grande valore innanzi tutto ai fini della cura e anche della prevenzione nella diffusione del contagio; io però volevo sapere se sono state prese delle iniziative per effettuare uno *screening* all'inizio ed alla fine della detenzione che sia protratta per almeno sei mesi. Anche questo sarebbe molto importante per stabilire i rischi che si possono correre negli istituti di pena e vedere i provvedimenti che si debbono assumere.

Riguardo all'accertamento obbligatorio, debbo dire, Ministro, che certo il garantismo è una cosa molto importante; lei poc'anzi faceva cenno però

agli accertamenti per la sifilide e la blenorragia che una volta venivano espletati nel nostro paese senza che ne derivasse una lesione alla dignità delle persone. Si trattava di accertamenti importanti ai fini della prevenzione della diffusione di queste malattie che si trasmettono con il contagio sessuale, con il mezzo cioè su cui di più si deve intervenire. Mentre infatti per le trasfusioni e per altri aspetti, che pure sono importanti, abbiamo già la possibilità di incidere, il pericolo maggiore è costituito proprio dalla diffusione nella popolazione eterosessuale, cosa che rende indispensabile operare una capillare campagna di informazione in materia. Certo, ci rendiamo conto benissimo che è difficile incidere sulle abitudini sessuali delle persone (non riusciamo ad incidere sul fumo, figuriamoci su questo!), ma alcune norme di prevenzione nelle comunità, non parlo soltanto degli istituti di pena, ma anche degli altri luoghi dove la gente vive in promiscuità, ad esempio nella vita militare che sotto l'aspetto del pericolo metterei pressochè insieme alle carceri, vanno date.

Bisogna dunque fare qualcosa perchè tutti dobbiamo avere la sensazione di trovarci di fronte ad un pericolo veramente inimmaginabile. Non so se questa percezione esiste anche a livello del Governo e vorrei essere rassicurato in proposito. Se non si trova il vaccino o se la malattia non si estingue spontaneamente, come pure è possibile avvenga e si è già verificato nella storia delle grandi epidemie (l'encefalite di von Economo, ad esempio, dopo aver ucciso 5 milioni di persone è scomparsa), ci troveremo di fronte ad una catastrofe e andremo incontro a situazioni talmente gravi che tutto il resto diventerà trascurabile. La responsabilità del Ministero di grazia e giustizia in questo caso è grande: d'accordo dunque sul garantismo, ma ricordiamoci pure della salute pubblica e facciamo una valutazione sui rischi e i benefici. Sono cose molto importanti da considerare.

AZZARETTI. Mi ricollego alle affermazioni del collega Condorelli perchè anch'io sono fortemente preoccupato del fatto che sostanzialmente in questo paese, dopo ormai abbondanti quattro anni da quando la malattia si è manifestata, per un verso o per l'altro non si sono ancora adottati quei provvedimenti, basilari per la prevenzione delle malattie infettive, che generalmente si adottano in queste circostanze. Ho appreso con molto piacere che è all'attenzione del Ministero di grazia e giustizia un decreto-legge col quale si immagina di porre come obbligatorio l'accertamento all'ingresso in prigione di un detenuto. È vero che in base alla legge solo in casi sospetti di malattia infettiva bisogna fare la denuncia e, subito dopo, l'accertamento, ma è anche vero che un cittadino qualunque quando viene assunto in un posto pubblico, per esempio dopo aver vinto un concorso, deve sottoporsi a visite e ad accertamenti diagnostici rispetto alle malattie infettive. Mi pare allora che veramente dovremmo superare un attimo le difficoltà che ci sono, perchè credo che, soprattutto in carcere, sapere se un detenuto è o non è colpito da questa infezione, sia fondamentale innanzi tutto per il detenuto stesso e poi anche per gli altri. Vorrei quindi conoscere in proposito il parere dell'onorevole Vassalli che oltre ad essere Ministro di grazia e giustizia è anche un illustre giurista.

Infine, e concludo, vorrei sapere qual è il comportamento della giustizia italiana di fronte ad un cittadino detenuto che viene riconosciuto affetto da malattia conclamata.

BOGGIO. Sono arrivato quando la discussione era già iniziata; il ritardo però, di cui mi scuso, grazie a quel che ho sentito negli interventi precedenti, non mi ha impedito di rendermi conto della situazione. Io vorrei ripetere qui quello che ho sentito dibattere in tanti convegni sull'AIDS dove le tesi sostenute sono state spesso contrastanti e dove, di fronte a posizioni garantistiche, se ne sono avute altre che tali forme di garantismo ritenevano di dovere attenuare considerandole eccessive. Da parte mia vorrei far presente che la Costituzione non parla soltanto di diritto alla salute, usando invece una formula da cui si evince un diritto-dovere alla salute, concetto che molto saggiamente e ampiamente era stato sviluppato da un disegno di legge presentato nella precedente legislatura dal senatore Bompiani e di cui anch'io, assieme ad altri colleghi, ero firmatario. Se noi partiamo da questo punto di vista del dovere alla salute, nella necessità di procedere ad accertamenti, non dovremmo scorgere una lesione delle forme di garantismo che in un paese democratico qual è il nostro devono essere assicurate. Ricordo che nel 1949, quando cioè non esisteva la dittatura, al mio ingresso all'Università di Torino mi sottoposero, assieme agli altri colleghi, ad una visita medica e ad una schermografia. Non ci fu nessuna reazione da parte nostra e tutti ci assoggettammo di buon grado a questo esame. Ne eravamo anzi contenti noi stessi perchè, ricordo i commenti, se ci fosse stato qualcosa avremmo avuto la speranza di poterlo riscontrare.

Se accertamenti di questo genere sono stati effettuati negli anni, non è espressione forse di un raffinatissimo garantismo suggerire determinate vaccinazioni? Vi possono anche essere genitori che si rifiuteranno di sottoporre i figli a manipolazioni con i farmaci. È evidente che i cultori delle medicine - a torto o a ragione - riterranno che i farmaci non sono nocivi. Dunque, di opposizioni ve ne sono. Non voglio fare un elenco di situazioni in cui l'accertamento dell'AIDS dovrebbero essere fatto, ma qualcuna ne vorrei citare. Ad esempio quando si fa ingresso in un ospedale per una degenza sono previsti accertamenti normali e fra gli altri si può inserire quello dell'AIDS anche se, per caso, si tratta di un malato di polmonite, in quanto si presenta l'occasione per eseguire tale accertamento.

Per quanto riguarda il servizio militare, si tratterebbe certo di un accertamento necessario, ma non perchè i militari debbano essere sospettati di avere l'AIDS, bensì perchè si presenta un'occasione in più per effettuare questo tipo di accertamento.

Non parliamo poi delle carceri dove tale accertamento non dovrebbe essere effettuato solo in presenza di una condiscendenza da parte del carcerato, ma sempre.

Vi sono poi tutti i problemi legati alle trasfusioni per cui spero siano rispettate le norme; e qualche vigilanza a questo riguardo non sarebbe inopportuna. È vero che già provvedono i donatori di sangue a far eseguire questi accertamenti, però forse sarebbe necessaria una vigilanza più stretta.

La mia conclusione è che, trovandoci di fronte ad una emergenza che tutti ci coinvolge, dobbiamo svolgere una penetrante attività di convinzione rispetto alla popolazione, senza discriminare i sieropositivi in quanto questo è un impegno di civiltà che dobbiamo assumere per combattere certe forme di razzismo che molte volte si manifestano. In secondo luogo non bisogna considerare una vergogna sottoporsi ad un accertamento, anzi non sarebbe male dare l'esempio (e lo dico non tanto per scherzo), e far sì che proprio i parlamentari si sottopongano ad un esame per invogliare la popolazione a

comportarsi più responsabilmente e per indicare che non vi è alcuna vergogna nel risultare sieropositivi. Alcuni medici hanno avanzato l'ipotesi di veicoli di trasmissione che non sono così tranquillizzanti come quelli che oggi vengono accettati; vi possono anche essere altre ipotesi oggi non considerate reali. Di fronte ad una situazione del genere, l'azione di propaganda non è mai troppa. È necessario introdurre nelle scuole medie superiori accertamenti di questo genere in quanto non discriminerebbero nessuno. I risultati infatti dovrebbero essere coperti dalla massima segretezza e se uno Stato non è capace di mantenere un simile segreto evidentemente non è ben attrezzato. A questo punto direi che il garantismo è una cosa importantissima, ma è anche importantissimo che sia a favore dei cittadini nella loro complessità e nel rispetto della individualità. Non possiamo permettere che qualcuno si ammali senza prevedere mezzi di prevenzione o senza istituire quelle forme di prevenzione che possono risultare utili a combattere l'ignoranza o i pregiudizi di chi non vuole sottoporsi ad accertamenti.

Se consideriamo l'esempio dell'uso obbligatorio del casco in motocicletta, possiamo aver presente un tipo di imposizione che molti non hanno accettato volentieri all'inizio, che ha scatenato molte polemiche arrivando a dire che era stato violato il garantismo; però, abbiamo poi visto quanto una simile norma sia risultata utile per i giovani.

A questo punto, se siamo stati rigidi su un problema come quello del casco, possiamo esserlo senz'altro sul problema che stiamo esaminando.

DIONISI. Signor Presidente, vorrei rivolgere alcune domande al signor Ministro in primo luogo in quanto membro di questo Governo e, più nello specifico, in quanto Ministro della giustizia. Vorrei però fare una piccola premessa affinché quel che sto per dire non suoni offesa allo stesso Ministro che ha tali riconoscimenti ed apprezzamento, che penso le mie parole non potranno dispiacergli pur essendo di contenuto critico.

Ritengo sia comprensibile il rispetto di una certa autonomia di tutti i Ministri.

La inevitabile e fisiologica collegialità pone però un problema di condivisione di responsabilità di tutti coloro che partecipano a questo lavoro collegiale. Tutto ciò, ovviamente, nel bene e nel male, per le cose positive e per le cose negative; bisogna comunque accettare la condivisione delle responsabilità. Ultimamente abbiamo assistito ad incursioni legittime del Ministro del tesoro nel settore della sanità.

VASSALLI, *Ministro di grazia e giustizia*. Come parlamentare, non certo come Ministro del tesoro.

DIONISI. Qualcuno ha apprezzato, io di meno. Egli infatti non è intervenuto nei problemi della sanità, nè ha messo in discussione problemi di finanziamento o attinenti al Tesoro, ma ha affrontato importanti tematiche come quelle dei valori e della validità delle scelte fatte con la legge n. 180 e con la legge n. 194. Io ho sperato che questa incursione, questa invasione di campo del Ministro del tesoro stimolasse anche Ministri accorti come lei ad invadere il campo della Sanità ed in particolare la drammatica tematica dell'AIDS.

PRESIDENTE. Quello che sta dicendo è molto interessante, ma riguarda una sede diversa da quella di oggi.

DIONISI. Stiamo discutendo di AIDS e degli aspetti che interessano il mondo giudiziario e carcerario. Una considerazione di carattere politico non è fuori luogo nè fuori tema. Lei, Presidente, riconosce benissimo la situazione in quanto si è recato come me a Ginevra e sa come sia stato suggerito addirittura il coinvolgimento su questo drammatico problema della società attuale, non soltanto di chi ha responsabilità nell'Esecutivo, ma anche dei partiti in generale, compresi quelli di opposizione.

Ho fatto questa premessa per dire che speravo che questo intervento stimolasse altri Ministri ad intervenire nei problemi della sanità. Da moltissimo tempo infatti il Servizio sanitario nazionale è considerato carente e sembra suscitare giustificati dissensi non soltanto del mondo scientifico, ma anche della maggioranza degli italiani. L'assenza di interventi e stimoli verso il Ministro della sanità fa ricadere anche sugli altri, Ministri compresi, un fardello pesante di responsabilità morale. Assistiamo ad una colpevole sottovalutazione di un drammatico fenomeno che comporta e sarà destinato a comportare in futuro non soltanto mutamenti nei comportamenti di milioni di persone, ma sofferenze e un prezzo in vite umane che non credo che un paese civile possa permettersi di pagare nell'indifferenza colpevole dei più. Non posso ammettere, signor Ministro, che questa sottovalutazione del problema dell'AIDS sia dovuta ad ignoranza, perchè l'autorevolezza non soltanto sua ma anche degli altri Ministri non ci può indurre a pensare che si ignorino cose elementarissime.

È noto che in Italia l'andamento del fenomeno AIDS è più grave che nel resto d'Europa, dato che, finora, non si è fatto assolutamente nulla. Voglio ricordare alcuni dati che ci faranno meglio riflettere sulla gravità del fenomeno: in Italia ormai un cittadino su trecento è sieropositivo (un rapporto che nelle grandi aree urbane diventa di uno a centocinquanta); un giovane su trentatre è sieropositivo (un dato calcolato non sui giovani con comportamento a rischio ma sulla popolazione giovanile in generale) e di questi il 20-30 per cento è destinato a sviluppare la malattia entro cinque anni. Tra qualche anno quindi ci troveremo a dover affrontare una vera e propria esplosione della malattia, con notevolissimi problemi a livello organizzativo, soprattutto per il Ministero della sanità.

Si tenga inoltre presente che, se dovesse continuare una simile progressione a livello mondiale, questo *virus* provocherebbe entro il Duemila centocinquanta milioni di morti (qualcuno ha già parlato di fenomeno di correzione biologica della espansione demografica). Questi dati, frutto di calcoli da parte di alcuni studiosi, vanno accolti per quello che sono. Ma se le cifre, i numeri, così esposti, possono suscitarcì distacco e indifferenza, non possiamo che rabbrivire se pensiamo alle immense sofferenze che vi stanno dietro.

A questa situazione così grave fanno riscontro delle indicazioni molto semplici, venute dai ricercatori e dagli scienziati sia nel corso di queste audizioni sia nei convegni a livello internazionale: utilizzare l'informazione come mezzo di prevenzione. La nostra ansia quindi e la nostra critica è motivata dal fatto che i responsabili dei vari Ministeri e soprattutto quello della Sanità tardano ancora a prendere iniziative concrete per evitare un flagello che pian piano sta coinvolgendo in vario modo tutta la popolazione mondiale.

Tenga presente infatti, signor Ministro, che ormai questa malattia non interessa più soltanto le categorie a rischio: ecco perchè dobbiamo modificare anche il nostro atteggiamento rispetto al garantismo e alla riservatezza. Dal momento che questa malattia non riguarda soltanto alcuni cittadini ma tutti, vanno considerate superate tutte quelle considerazioni di carattere giuridico e morale concernenti il problema della riservatezza. Si impone un atteggiamento diverso.

L'enfatizzazione del problema delle garanzie è stato anche il frutto di una criminalizzazione dei malati. Lo stesso Ministro della sanità ha più volte affermato moralisticamente che questa malattia la contrae chi la vuole contrarre. Dobbiamo allora essere chiari: oggi questa malattia la contrae chi pratica attività sessuali e non solo coloro che hanno comportamenti a rischio. Bisogna mutare questo atteggiamento di carattere culturale. In passato si è superato l'atteggiamento negativo nei confronti della tubercolosi o della lue. Lo stesso potrà e dovrà avvenire oggi, verso i malati di AIDS. Non è necessario giudicare e condannare, ma cambiare la coscienza comune per promuovere e sviluppare comportamenti positivi e consapevoli del rischio di AIDS, che sono la prima risposta di prevenzione.

Lei, signor Ministro, ci ha dato tante informazioni, che sicuramente hanno arricchito le nostre conoscenze; ma, concretamente, nelle carceri che cosa è stato fatto? Si è fatta della informazione? Sono state distribuite delle pubblicazioni a quei cittadini, che potrebbero anch'essi essere strumento di informazione e di prevenzione nell'ambiente carcerario ed al momento del loro rientro all'interno della società civile?

CORLEONE. Signor Presidente, vorrei limitarmi a due considerazioni. Sovrastati dai dati sulla catastrofe imminente, credo che cominciamo a perdere le coordinate di un ragionamento comune. Non possiamo affermare che certe regole valgono fino a che sono colpite le categorie a rischio e che non valgono più allorquando vengono colpiti tutti i cittadini, altrimenti c'è qualcosa che non va nel nostro ragionamento.

La seconda osservazione concerne il garantismo. Ritengo che a questo proposito il garantismo non c'entri per nulla, ma c'entri nel senso contrario a quello in cui certi colleghi lo richiamano. Infatti, in questo caso non si tratta di porre norme a garanzia di qualche cosa, ma di capire a cosa serve lo *screening* di massa in comunità chiuse, formate per altro da un numero di persone estremamente limitato. Infatti, o si pone il problema dello *sscreening* di massa per tutta la popolazione - se ne può discutere, anche se a mio parere ciò comporterebbe problemi organizzativi enormi - oppure, se si tratta di limitare il rilevamento a comunità chiuse come il carcere, occorre capire il senso di una simile operazione.

La necessità di questo rilevamento viene sostenuta da più parti adducendo il dato della promiscuità che si registra nel nostro sistema carcerario. Ma tale promiscuità non è certo prescritta dai regolamenti degli istituti penitenziari. Pertanto, il problema è caso mai quello di intervenire per eliminare la promiscuità e per garantire nelle carceri condizioni di vivibilità e di non sovraffollamento: questo dobbiamo chiedere al Ministro di grazia e giustizia. In altri termini, non è possibile, partendo dalla constatazione della promiscuità esistente nelle carceri, avvalorare la richiesta dello *screening* di massa perchè altrimenti avrebbe ragione il collega Condorelli quando sostiene che questo dovrebbe essere eseguito

all'inizio, a metà e alla fine del periodo di pena. Inoltre, se questo servisse, ci dovremmo augurare che tutta la popolazione entrasse in carcere per poter eseguire lo *screening*.

Il mio parere è che questo non sia utile se prima non si stabilisce a cosa possono essere finalizzati i risultati dell'indagine. Inoltre, non ci possiamo accontentare dell'assicurazione che non si avrà alcuna discriminazione nei confronti dei sieropositivi e che non verrà data pubblicità ai dati per garantire una completa riservatezza; nè si può sostenere la necessità di questa indagine con l'esigenza di conoscere, se non i dati individuali, le percentuali che riguardano una certa collettività, in quanto tali percentuali sono già note e non ritengo possa influire in misura apprezzabile sui dati un ampliamento, pur sempre relativo, del campione di rilevamento. Credo veramente che il problema non sia questo. Se poi ci vogliamo divertire a fare lo *screening* su 90.000 persone anzichè su 30.000 possiamo anche farlo, ma, tra l'altro, la ricorrenza della popolazione carceraria - a questo proposito il Ministro potrebbe darci delle delucidazioni - è tale che, trascorsi 5 anni, i nuovi dati non farebbero che ricalcare quelli precedenti. Ma la cosa più importante è innanzi tutto chiedersi a cosa può servire una indagine del genere. Infatti, per esempio, o si stabilisce che deve essere data notizia della sieropositività di una persona alla collettività, affinché tutti possano prendere le precauzioni che ritengono necessarie, oppure una simile rilevazione non ha che un'utilità puramente teorica.

In definitiva, il problema è che operando in questa direzione si mettono in moto meccanismi di cui in realtà non si sa nulla, e ciò è tanto più vero se ci si riferisce a una comunità limitata come quella carceraria, composta da 80.000-90.000 persone, di cui già da 4 anni siamo in possesso dei dati relativi a 30.000 persone, dati che appaiono più che sufficienti per avere un quadro dell'andamento della malattia.

Pertanto, oggi il problema vero è quello di garantire all'interno delle carceri la salute di chi - innocente o colpevole che sia, non ha importanza - si trova ad essere rinchiuso nel carcere senza per questo dover subire una ulteriore afflizione. Per questo occorre garantire all'interno delle carceri condizioni di vita tali da evitare il rischio di contagio di una malattia infettiva quale l'AIDS. Questo, ripeto, è quanto dobbiamo chiedere al Ministro di grazia e giustizia.

Altro discorso sarebbe, semmai, quello di fare una indagine sui giovani di leva, che costituiscono un campione molto più ampio, anche se, a mio avviso, pure i dati relativi a tale campione non ci farebbero compiere alcun passo in avanti. Infatti, occorre innanzitutto chiarire quale è lo scopo che ci si prefigge. Se è quello di informare ogni cittadino circa la sua sieropositività o meno, allora non ne vedo proprio la fondatezza in quanto non sarebbe poi possibile obbligare nessuno a tenere una certa condotta o ad adottare un diverso stile di vita; ci si potrebbe solo augurare che, conoscendo la sua condizione di sieropositivo, l'interessato adottasse uno stile di vita diverso. Occorre, in altri termini, rimarcare che la prevenzione e la lotta contro l'AIDS si basano sull'informazione, sul consenso e sull'autodecisione. Posso capire che adesso ci si voglia inventare, vista la durezza della vita politica, la categoria a rischio dei parlamentari ma, al di là di questo, non credo possano servire a molto le misure che sono state suggerite.

Desidero, inoltre, rilevare la necessità che i tossicodipendenti non siano rinchiusi negli stabilimenti carcerari ordinari, in quanto ciò dà una modalità

del tutto diversa al carcere. Bisognerebbe piuttosto, magari prendendo lo spunto dallo scandalo delle carceri d'oro, pensare a un nuovo tipo di carcere. In realtà anche la riforma penitenziaria non era stata pensata per una popolazione carceraria composta di tossicodipendenti, stranieri o altri particolari tipi di detenuti. Ma non intendo qui aprire un discorso che si muove a cavallo di due problemi e che mi porterebbe troppo lontano.

Vorrei infine sapere dal Ministro quale politica viene seguita rispetto ai detenuti affetti da AIDS o comunque da malattie paragonabili, sia dal punto di vista sanitario che relativamente alla pena. Da quel che mi risulta, signor Ministro, quando c'è un malato di AIDS la tendenza è a liberarsene appena possibile, rimettendolo in libertà attraverso varie modalità. Vorrei, quindi, sapere se ciò corrisponde a verità e se fatti del genere si sono verificati. Sarebbe anche necessario sapere cosa avviene di questi detenuti dopo la loro scarcerazione, anche se ciò comporterebbe l'apertura di un discorso sul fatto che l'istituzione carceraria cerca in questo modo di scaricarsi di una responsabilità per farla ricadere sulla società intera. In proposito vorremmo capire se fatti del genere vanno considerati come semplici *escamotages* oppure se si muovono nella linea di una previsione chiaramente delineata.

SIGNORELLI. Desidero innanzi tutto ringraziare il Ministro per la sua puntualità, il Presidente, i colleghi e quanti ancora una volta sono chiamati a dare il loro contributo a questi incontri sul tema AIDS.

Partendo dal fatto che garantismo significa garantire la salute dei cittadini, occorre chiarire che anche la salute dei tossicodipendenti deve essere garantita. Purtroppo, la verità è che stiamo facendo delle chiacchiere inutili senza giungere ad una conclusione.

La mia impressione è che pochi fra i colleghi abbiano frequentato le carceri e avuto occasione, come nel mio caso, di osservare le comunità di tossicodipendenti. L'unione dei due elementi costituiti dalla detenzione e dalla tossicodipendenza crea indubbiamente una situazione di rischio. Inoltre, occorre anche tenere conto del fatto che nelle carceri si registra una notevole violenza sessuale.

La violenza sessuale nelle carceri è un elemento di cui bisogna tenere conto; quindi non è necessario adombrare pericoli legati a comportamenti stravaganti o problemi epidemici: ci sono situazioni contingenti, obiettive, che il signor Ministro e gli altri colleghi possono conoscere. Nelle carceri si è costretti a vivere in una certa maniera, a convivere con la malattia perché sieropositività equivale a malattia.

Concludo dicendo che fare uno *screening* di massa, nel rispetto assoluto della segretezza, significa informare il cittadino che essendo sieropositivo deve uniformare a questo la sua vita di relazione, i suoi comportamenti, deve fare i successivi controlli, informarsi se per caso si va verso una terapia farmacologica. Se noi continueremo a vedere gli «spezzoni» della collettività nei momenti più drammatici non riusciremo a portare avanti quel discorso unanime e conclusivo di cui abbiamo bisogno.

ALBERTI. Signor Presidente, sarò breve perchè mi ha preceduto il senatore Condorelli anticipando con il suo intervento alcune cose che anche io volevo dire.

Intervengo perchè ho sentito dire in quest'aula cose che mi sono sembrate per così dire un po' anomale. L'accertamento obbligatorio è legato

ad alcuni mestieri: è obbligatorio, ad esempio, fare il tampone faringeo ai pasticceri e ai cuochi e l'esame deve risultare dal libretto sanitario. Prima della legge Merlin l'accertamento obbligatorio veniva fatto anche alle prostitute. L'AIDS viene trasmesso per via sessuale o direttamente per via venosa; se è così, è obbligatorio fare l'accertamento per i donatori di sangue ma non vi è alcuna previsione legata alla sessualità. A che titolo quindi può essere fatto lo *screening* ai carcerati, ai militari oppure addirittura a tutti? Non capisco il discorso di inserire l'analisi per l'HIV negli esami ordinari di *routine*. Gli esami di *routine* servono per fare una diagnosi e l'esame per l'HIV non dovrebbe avere alcun altro scopo se non quello di fare una diagnosi: non possiamo farlo a titolo di controllo e inserirlo negli esami che riteniamo idonei alla diagnosi. Come sapete c'è stata una lunghissima discussione in tema di diritti del malato a proposito del fatto se fosse lecito effettuare esami di sangue «a caso». Gli esami preliminari, che sono infatti esami fatti «a caso», non hanno una loro specificità, tanto che esistono i famosi «rumori di fondo» che complicano l'attendibilità di quegli esami i cui dati sono al limite della patologia e finiscono con il distrarre il medico. Neanche da un punto di vista scientifico è corretto fare esami preliminari. Vorrei pertanto sapere a che titolo dovrebbe essere fatta questa analisi a tutti i carcerati, ai militari, agli studenti.

Secondo la regola generale è corretto fare un'analisi di laboratorio quando in seguito a tale analisi il medico modificherà il suo comportamento. Se io faccio un'analisi di laboratorio sapendo che qualunque sia l'esito di quell'analisi non potrò modificare il mio comportamento, è scorretto farla. Questo mi sembra che sia accettato nell'etica del medico moderno. Non è corretto, ad esempio, che io faccia un'analisi per individuare il tumore ad un uomo di novantasei anni, sapendo che poi non potrò operarlo nè potrò sottoporlo a chemioterapia che, al limite, potrebbe anche abbreviargli la vita.

Pertanto, visto che non modificheremo il nostro comportamento con questa analisi, non vedo a cosa potrebbe servire.

Io sto cercando di dare, signor Presidente, un senso reale al ragionamento che faceva il senatore Corleone. Una volta che noi avremo fatto lo *screening* ai carcerati, ai militari ed avremo saputo che un soggetto è sieropositivo, come ci comporteremo? Mi rivolgo a lei non solo come Ministro di grazia e giustizia ma come giurista: non potremo che fare una cosa, a mio avviso, cercare il sistema per emarginare quell'individuo, per catalogarlo. Pertanto il rischio, se facciamo operazioni di questo genere, è notevole.

Venendo al caso specifico del carcere io vorrei sapere, signor Ministro, se in seguito ai dati che lei ci ha fornito (e che sono veramente paurosi) abbiamo modificato in qualche modo il nostro atteggiamento per quanto riguarda la vita eterosessuale del carcerato, dal momento che il carcerato è un omosessuale obbligato o quanto meno è condizionato ad esserlo.

C'è allo studio qualcosa di nuovo al di là della legge Gozzini, come diceva il senatore Ranalli, che possa favorire e facilitare il rapporto eterosessuale con la *partner* e che dovrebbe ridurre in via preventiva la possibilità di rapporti omosessuali? L'altra cosa che volevo sapere è se noi pensiamo, signor Ministro, ad un'alternativa alle carceri: molte detenzioni di breve periodo, di tre o quattro mesi, potrebbero, a mio avviso, essere abolite. Io naturalmente non sono un giurista e quindi mi perdonerà se faccio un

discorso del genere, ma vorrei sapere se è allo studio la possibilità di dare delle pene alternative in modo da ridurre la detenzione solo ai casi eccezionali.

L'ultima domanda che le faccio è se vengono veramente informati i soggetti sieropositivi e cosa si fa di quelli che hanno la LAS, l'ARC o l'AIDS conclamato; i malati verranno mandati in ospedali o in posti attrezzati, ma per i sieropositivi che possono comunque trasmettere la malattia, cosa facciamo? Li isoliamo? Non credo che questa sia una misura adeguata perché significa addirittura andare contro il processo di risocializzazione nell'ambito della detenzione, ma, d'altra parte, se li lasciamo nella comunità subentrano altre preoccupazioni.

Vorrei pertanto sapere quale è l'atteggiamento che sta assumendo il Ministero di fronte a questa situazione che nelle carceri mi sembra sia veramente a rischio.

NATALI. Signor Presidente, vorrei chiedere al signor Ministro se vengono informati i carcerati e soprattutto se vengono aiutati. Ad esempio, vengono distribuiti i profilattici? La domanda può apparire sciocca, ma dal momento che uno dei fattori di prevenzione è l'uso del profilattico, la distribuzione di questi ai carcerati potrebbe rivelarsi utile, così come un continuo richiamo agli schemi propedeutici per far capire che si devono comportare in un determinato modo. È difficile, io credo, riuscire a contemperare il problema della libertà sessuale ed il problema della salute degli altri, però dobbiamo riuscirci. La questione non è stata ancora risolta sia nelle carceri sia nel suo complesso. Ritengo inoltre che si sia fatto ancora poco per questa malattia e che ciò dipenda dal non aver mai preso in esame la qualità dello sviluppo del nostro Paese. Non si può continuare ad investire in autostrade, in opere colossali, nelle «cattedrali nel deserto», e lasciare la ricerca scientifica con quattro soldi.

PRESIDENTE. E la giustizia con tre!

NATALI. Per la sanità – in cui pure ci saranno gli sprechi lamentati – si parla di 53-54.000 miliardi, ma probabilmente ce ne vorrebbero molti di più per adeguarla agli *standards* europei. Sappiamo infatti che senza i mezzi le parole rimangono e continueranno a rimanere tali. Si fa quello che si può e quello che si può bisogna farlo, ma si sa anche che il problema non lo si risolve in questo modo. Non si può riversare nei centri adibiti, nei centri urbani, tutti gli anni, centinaia di migliaia di automobili senza aggravare il rischio di tumori. Non c'è soltanto l'AIDS, infatti, ci sono i tumori, le malattie polmonari e di cuore che nascono dall'ambiente. Anche in questo caso dobbiamo fare qualcosa e, soprattutto noi della Commissione sanità, abbiamo il compito di chiedere più finanziamenti per il nostro settore e per i settori che, vicini al nostro, possono migliorare la situazione.

Ringrazio comunque il signor Ministro per la sua illustrazione che dimostra la passione che egli impiega in ogni attività intrapresa. Gli siamo molto grati dunque e siamo sicuri che, sotto la guida, il settore dell'Amministrazione della giustizia in pochi anni avrà certamente un grande miglioramento anche per quanto concerne la situazione sanitaria nelle carceri.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, do la parola al ministro Vassalli.

VASSALLI, *ministro di grazia e giustizia*. Sarò un po' disordinato, Presidente, nelle mie risposte, anche se cercherò di seguire l'ordine degli interventi e di raggrupparli organicamente. Desidero subito dire che considero la presente riunione e la mia partecipazione ad essa estremamente significative per l'acquisizione da parte mia di suggerimenti, di motivi di riflessione e di richieste a cui mi appresto a dare ulteriori risposte.

Sono affiorate in questo dibattito - così interessante e di così alto livello - delle posizioni di carattere generale le quali si riflettono certamente sul problema penitenziario di competenza del Ministero di grazia e giustizia, ma che vanno molto al di là di esso. Si è ripetutamente accennato quanto meno alla presunta utilità dello *screening* di massa per le categorie a particolare rischio, fra le quali (una volta ammesso il principio) sarebbe assurdo escludere che vi figurino la popolazione carceraria; e sono state rivolte raccomandazioni relative all'ambiente carcerario, all'accertamento, sia pure su base consensuale finora, di sieropositività in carcere.

Sulle posizioni generali, nonostante le sollecitazioni giustissime del senatore Dionisi, relative ad una responsabilità collegiale, ho poco da dire. Personalmente sono convinto della gravità enorme del problema, della sua estrema pericolosità e delle prospettive drammatiche, catastrofiche che apre all'umanità questo flagello più terribile di altri precedentemente conosciuti e ritengo anch'io che il Governo italiano debba ulteriormente approfondire il fenomeno. Certo, non posso entrare nelle iniziative del Ministro della sanità; non si può ignorare, però, che esse sono state sollecitate, adottate tempestivamente dal 1985 nei campi in cui il Ministero della sanità ha deciso di intervenire. Ho già ricordato la denuncia obbligatoria e avrei potuto fare altrettanto in modo particolare per le disposizioni date a proposito delle trasfusioni e per la esclusione di una vasta gamma di soggetti, di cinque categorie molto ampie, dalla possibilità di essere fonte di trasfusione sanguigna e di emoderivati. Naturalmente si può e si deve fare di più, e certamente si deve affrontare questo flagello con una informazione ancora maggiore, anche se non posso disconoscere che la stampa e specifiche pubblicazioni, diffuse e preparate dal Ministero della sanità e da altri enti responsabili in materia di salute, contribuiscono ogni giorno all'accrescimento di essa. Considero comunque giusto il richiamo alla responsabilità collegiale del Governo della quale mi feci portavoce quando ero parlamentare; cercherò di fare altrettanto anche come componente del Governo stesso.

Per quel che riguarda i problemi generali, avete sentito le due grandi teorie, sostenute qui da un lato dai senatori Condorelli e Boggio e dallo stesso senatore Dionisi e dall'altro dai senatori Corleoni ed Alberti, non dico contrastarsi ma partire da posizioni diverse. Non spetta a me entrare nel merito, posso solo dire che dal primo gruppo di oratori ho tratto spunti favorevoli a portare avanti quei progetti di legge che già nell'ambito dell'amministrazione penitenziaria si sono venuti elaborando, pur riconoscendo i limiti di uno *screening* un po' casuale come può essere quello effettuato nella popolazione, fra le più varie per fonte ed approdo, che passa annualmente nelle carceri italiane e per periodi relativamente diversi. Tuttavia mi attiverò in questo studio e se ci saranno da prendere delle

iniziative, anche se si potranno nutrire dubbi quali quelli affacciati dai senatori Corleone ed Alberti circa la loro utilità, le considererò con la massima attenzione.

Per quel che riguarda il carcere sono inoltre affiorate in modo concorde alcune indicazioni e interrogativi specifici ed è su questi che dovrei rapidissimamente soffermarmi. Vorrei ribadire al senatore Dionisi che non credo vi sia una sottovalutazione del fenomeno da parte del Governo. Vi saranno state espressioni a titolo individuale più o meno opportune, ma non credo si possa parlare di sottovalutazione del problema se guardiamo all'iniziativa dell'Istituto di sanità e dello stesso Ministero della sanità. Certamente non sono in nessun modo partecipe di questa supposta sottovalutazione. Se vi fosse nel Governo una sottovalutazione, essa dovrebbe essere decisamente rimossa di fronte alla gravità del fenomeno e di fronte alle accuse che indicano l'Italia come un paese più indietro degli altri su questo problema.

Per quanto riguarda il problema delle carceri e della vigilanza sulle trasfusioni, certamente vi è il massimo grado di attenzione. Si rispettano le regole nei presidi sanitari carcerari; si seguono certamente le prescrizioni sulle trasfusioni. Comunque terrò presenti i richiami che sono stati fatti per controllare gli accertamenti e per dare precise direttive.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Condorelli, relativa a questo accertamento, effettivamente devo dire che, sulla base dei dati a disposizione, gli accertamenti sono stati fatti soltanto nella fase iniziale, e non penso nella fase finale della scarcerazione, per controllare caso per caso un eventuale mutamento di condizione del soggetto rispetto all'inizio della carcerazione. È anche questo un richiamo di grande importanza perchè, sia pure sulla mera base consensuale che ha dato un risultato di largo assenso circa la volontà di identificazione, questo esame può essere utilmente fatto alla fine della carcerazione anzi la base consensuale conforterebbe queste possibilità di esame finale.

Per quanto riguarda la specifica domanda del senatore Corleone, tendente a conoscere se vi è una determinata politica per quelli che risultano affetti da AIDS in carcere, ho la sensazione che tale politica non vi sia affatto. Se consideriamo i rari casi che vi sono stati e se consideriamo i passaggi in ospedale o addirittura i rientri in carcere secondo le modalità usuali e generali dei detenuti malati gravi, la risposta non può che essere negativa. Tali malati hanno seguito lo stesso percorso che seguono coloro che sono affetti da altre gravi malattie e quindi l'accertamento sanitario non è stato particolare. Comunque raccolgo l'indicazione per cercare di vedere cosa si può fare, ma - ripeto - escludo che vi sia stata una politica particolare.

Accetto senz'altro la valutazione fatta dal senatore Signorelli. Indiscutibilmente il carcere espone a rischi maggiori. L'ambiente carcerario è più pericoloso. Peraltro, questa condizione reale di maggior rischio, più che all'aspetto della obbligatorietà o meno dell'accertamento - rifacendomi alle perplessità che sono emerse - vorrei riportarla alle misure di carattere generale in materia carceraria che debbono essere prese per limitare questo rischio e per impedire che il carcere diventi un ulteriore elemento di dilatazione di questo atroce fenomeno.

In primo luogo vi è la questione dell'uso dei profilattici. Non abbiamo dato indicazioni, però debbo dire che il tema è fortemente discusso in altri paesi. La Francia è fermamente contraria per motivi giuridici, in quanto ciò

comporterebbe il pubblico riconoscimento dell'esistenza di certi rapporti. È contrarissima l'Inghilterra. Invece a New York è stata sperimentata nelle prigioni tale distribuzione. Nelle prigioni scandinave, tedesche e olandesi sono in funzione distributori automatici. Il Consiglio d'Europa si è occupato del problema; si tratta di scelte molto gravi su un problema che esiste anche in Italia, al di là della ripugnanza che può generare e della tentazione di disconoscerlo o di auspicare che non esista. La lotta, però, va fatta contro il sovraffollamento e di questa lotta si avvale quella contro detti rapporti omosessuali, che costituiscono una delle piaghe più terribili del carcere.

Oltre a questo vi è il problema dell'edilizia penitenziaria, affrontato in Italia negli ultimi dieci anni sia pur con le lentezze terribili, anche di carattere burocratico, che l'hanno caratterizzato. Collegato vi è il problema della riduzione delle pene detentive, delle occasioni di pena detentiva e in modo particolare il problema della previsione di pene alternative. Il Senato non ignora quanto è stato fatto in questo campo negli ultimi tempi. Secondo me è stato fatto molto nel campo delle restrizioni della libertà personale, nel campo della custodia cautelare, grandemente ristretta. Si pensi alla normativa del 1984 elaborata anzitutto in Senato e che portò all'estensione generalizzata della possibilità dell'arresto domiciliare anche per i reati più gravi e con ciò ad una fortissima riduzione del carcere preventivo. È stato fatto moltissimo, si potrà procedere oltre, ma limiti assoluti ai giudici non si possono porre. Il Senato ha approvato una legge, attualmente all'esame della Camera, che restringe i casi di arresto in flagranza e quelli del mandato di cattura obbligatorio. La finalità del provvedimento è quella di rendere l'obbligatorietà del mandato di cattura efficace e operante (così come operante è la figura del mandato di cattura facoltativo) attraverso la richiesta dei gravi indizi di colpevolezza. Certo un limite assoluto circa il ricorso di questa custodia non potrà essere posto ai giudici, nè la società è disposta generalmente a rinunciare al carcere preventivo nei confronti dei delitti più gravi.

Per quanto invece riguarda le pene minori alternative e sostitutive, si è fatto troppo poco in questi anni. Sono stato uno dei fautori dell'allargamento di tale normativa, ritenendo che sia troppo timida; ho partecipato a tutti i convegni in cui si chiedeva un allargamento della normativa, ed anche a tutti quei disegni di legge che nella scorsa legislatura sono stati portati all'attenzione del Parlamento concernenti la semidetenzione e la semilibertà (anche se sono provvedimenti relativi, dal momento che non verrebbe evitato in assoluto il passaggio dal carcere). Alcuni disegni di legge stralcio furono presentati dai miei predecessori alla fine della scorsa legislatura e sono stati ripresentati in quella in corso: essi sono ora all'esame della Camera dei deputati e riguardano un allargamento dello spazio delle pene sostitutive. Anche in questo campo dobbiamo fare molta strada e senza remore, in tempi spediti, nonostante le difficoltà del lavoro parlamentare a tutti ben note.

Ma il problema più importante è quello dei tossicodipendenti, perchè non c'è dubbio che la tossicodipendenza è una delle categorie più a rischio per quanto riguarda l'espansione del morbo. Quindi dobbiamo evitare che il carcere sia terreno fertile per la diffusione di questa malattia. Bisogna assolutamente ridurre la popolazione dei tossicodipendenti in carcere; bisognerebbe addirittura sopprimerla del tutto.

Purtroppo il numero dei reati commessi dai tossicodipendenti è enorme. Per il tossicodipendente in quanto tale la legge italiana ha fatto maggiori

passi rispetto agli altri paesi: è noto che nel 1975 è stata depenalizzata la detenzione per uso proprio di sostanze stupefacenti. Il fatto è che per procurarsi la sostanza stupefacente il tossicodipendente commette una quantità di reati per i quali viene condannato al carcere.

Si è cercato di dare spazio anche alle comunità terapeutiche, ma esse hanno bisogno di aiuti enormi. È allo studio una norma (anche sulla base delle indicazioni venute dalla comunità di San Patrignano) che tende ad evitare la carcerazione di chi si trovi già in cura presso una comunità terapeutica.

Tutto il problema della tossicodipendenza, per le dimensioni che ha assunto, va rivisto sia dal punto di vista carcerario che da quello penale.

Il flagello dell'AIDS non deve farci dimenticare il flagello della tossicodipendenza; il sempre più elevato numero di domande di estradizione per reati commessi non tanto da tossicodipendenti quanto da persone legate al traffico della droga deve far riflettere sulle dimensioni raggiunte da questo fenomeno. Da un lato siamo di fronte ad un fenomeno che ci preoccupa per l'impossibilità di rinunciare alla sanzione penale di fronte a fatti gravi che danno luogo a tragiche conseguenze nei confronti dell'umanità, e dei giovani in modo particolare, e dall'altro siamo di fronte alla necessità assoluta di considerare una limitazione degli arresti di quei tossicodipendenti soggetti a pene meno gravi, al fine di evitare loro l'impatto carcerario. Si tratta dunque di un problema che va affrontato anche in relazione alla diffusione dell'AIDS nelle carceri.

Un ultimo richiamo che raccolgo - in merito al quale fornirò in altra occasione ulteriori dati al Parlamento - è quello concernente l'informazione. L'informazione generale sui pericoli derivanti da questa malattia credo sia già a un buon livello; certamente potrebbe essere interessante l'informazione di quei soggetti che vivono ormai da lungo tempo una vita carceraria, anche se si tratta ormai di rari casi, dal momento che i permessi alla popolazione carceraria vengono sempre più concessi al fine di consentire a queste persone un contatto con la realtà esterna. Ritengo opportuno che venga promossa all'interno del carcere una specifica informazione per coloro che risultino da una analisi, oggi su base consensuale o domani su base obbligatoria, sieropositivi. A tal fine mi impegno a studiare il problema e ad adottare le necessarie misure.

PRESIDENTE. La ringrazio, signor Ministro, per la sua partecipazione, e dichiaro conclusa l'audizione.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20,45.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. ETTORE LAURENZANO