

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

N. 1534

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore MANCONI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 MARZO 1995

Divieto di custodia cautelare per individui affetti da AIDS e
altre patologie infettive

ONOREVOLI SENATORI. - Nelle ultime settimane, nelle carceri sono morti numerosi detenuti sieropositivi. Ciò ha suscitato e continua a suscitare turbamento e allarme sociale. Lo stato delle carceri italiane è tale da produrre patologie, da accentuare gli stati di malattia e di sofferenza, da accelerare l'agonia dei malati terminali. Il problema, esploso nelle ultime settimane, non può essere affrontato solo sull'onda dell'emotività e dello scandalo suscitato, comprensibilmente, dai singoli casi.

Secondo i dati forniti dal Ministero di grazia e giustizia, aggiornati al 31 dicembre 1994, il totale dei detenuti affetti da HIV è di 2772; di questi, 30 risultano affetti da AIDS conclamato e 428 da ARC. Ma si tratta di dati approssimativi: delle 100.171 persone entrate in carcere nel corso del 1994, solo 40.276 si sono sottoposte a *test* volontario. Degli altri - la maggioranza - non si conosce la condizione di salute e spesso la diagnosi AIDS diventa tale solo in sede di autopsia. È più attendibile, dunque, la stima che indica in circa 6000 i detenuti sieropositivi e in una cifra oscillante tra i 400 e i 600 quelli in fase avanzata.

Al di là delle cifre, le analisi sulla gravità della situazione convergono. Il regime carcerario risulta assolutamente incompatibile con il diritto alla salute delle persone affette dal *virus* dell'HIV. Gli istituti di reclusione si confermano luoghi che facilitano la trasmissione del *virus*, sia a causa dei rapporti promiscui che vi si verificano, sia a causa delle carenze strutturali del sistema penitenziario: dal crescente affollamento all'assenza delle più elementari norme di igiene e profilassi.

Tutto ciò, per una malattia con le caratteristiche dell'AIDS, diventa fattore di gravi complicazioni cliniche; ed è opinione diffusa tra i medici specialisti che per curare questa specifica patologia, nella maggior

parte dei casi, la risposta migliore non è l'ospedalizzazione, bensì l'assistenza domiciliare, che consenta al malato di vivere con maggiore serenità, confortato da un ambiente (familiari, amici) che possa favorire il buon risultato delle cure.

Per queste ragioni di fondo non si può non cogliere la contraddizione che c'è tra l'*iter* clinico della malattia e la condizione di detenzione. Al presente, la concessione della libertà al detenuto malato di AIDS è regolata dalla legge n. 222 del 1993 e legata alla diagnosi di AIDS o alla verifica del livello dei linfociti. La normativa indica il limite dell'incompatibilità col carcere nel tetto dei 100 linfociti ogni millimetro cubo di sangue, mentre - quando i linfociti sono meno di 200 - la concessione della libertà è scelta discrezionale del magistrato.

Studi recenti consentono, oggi, di approfondire la questione e di elaborare provvedimenti maggiormente adeguati alla drammaticità della patologia in questione. Il *Center for diseases control* (CDC) di Atlanta, nel gennaio 1993, sulla base di numerosi studi scientifici, ha definito come affetti da AIDS conclamato tutti i pazienti, anche se asintomatici, che presentano un numero di cellule CD4 inferiore a 200/mm³ o con una percentuale totale inferiore al 14 per cento; e tutti i soggetti sieropositivi affetti da tubercolosi polmonare, da polmonite ricorrente o da carcinoma cervicale invasivo.

Per tale motivo, il CDC, nel modificare la classificazione dei soggetti infetti dal *virus* dell'HIV, ha inteso estendere la diagnosi di AIDS conclamato anche ai soggetti sieropositivi con marcato *deficit* cellulare.

Questa iniziativa del CDC consente, oggi, di ritenere incompatibile con il regime carcerario le persone che presentino un *deficit* immunitario esplicitato da un numero di linfociti CD4 inferiore a 300/mm³ come valore ottenuto in 2 esami consecutivi, effet-

tuati a distanza di quindici giorni l'uno dall'altro.

Coerentemente a tale impostazione, e alle indicazioni fornite dal congresso dei medici penitenziari (AMAPI), il presente disegno di legge si propone l'obiettivo di innalzare i parametri, per semplificare la diagnosi e facilitare la scarcerazione.

D'altra parte, la diffusione dell'AIDS pone inediti problemi a un mondo quale quello del carcere. L'informazione e la prevenzione rimangono gli antidoti più seri e efficaci, anche all'interno degli istituti di reclusione. In questa direzione va la proposta di estendere anche all'interno dell'ambiente carcerario le strategie di «riduzione del danno»: per esempio, attraverso la disponibilità di disinfettanti per chi fa uso di sostanze per via endovenosa.

Nel frattempo, si può e si deve operare per affrontare l'emergenza: e questo il presente disegno di legge intende fare. Viene accolta, così, la sollecitazione della professoressa Rita Levi Montalcini, la quale - nel corso del congresso dell'AMAPI - si è espressa come segue: «l'Aids in carcere è ormai un'emergenza sanitaria per la quale il diritto alla salute e alla cura del malato deve prevalere sulle ragioni della custodia. La paura e l'angoscia, provocate da questo tipo di malattia, sono maggiori in carcere che fuori. E abbiamo appurato che l'angoscia è un fattore attivante e che lo stress conseguente ad angoscia deprime, nel sieropositivo, la funzione dello stato immunitario».

Alla stesura del presente disegno di legge hanno collaborato il dottor Aldo Morrone e il dottor Vittorio Agnoletto.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

1. Ai fini dell'applicazione del divieto di custodia cautelare, di cui all'articolo 286-bis del codice di procedura penale, l'incompatibilità sussiste ed è dichiarata per:

a) gli individui affetti da AIDS conclamata;

b) gli individui affetti da *deficit* immunitario esplicitato da un numero di linfociti CD4+ inferiore a 300/mmc come valore ottenuto in due esami consecutivi, effettuati a distanza di quindici giorni l'uno dall'altro, o con una percentuale inferiore al 14 per cento;

c) gli individui sieropositivi affetti da tubercolosi polmonare, da polmonite ricorrente o da cancro cervicale invasivo.

2. Alla data di entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia le disposizioni, contenute nel decreto del Ministro della sanità 25 maggio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 130 del 5 giugno 1993, con essa incompatibili.