

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori ZUFFA, ONORATO, ACONE, BOATO, DIONISI, ONGARO BASAGLIA, CORRENTI, CORLEONE, ALBERTI, STRIK LIEVERS, NEBBIA e MONTINARO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 30 OTTOBRE 1991

Modifica e integrazione della legge 5 giugno 1990, n. 135, concernente la disciplina della custodia cautelare e dell'esecuzione della pena, nonché l'assistenza socio-sanitaria ai detenuti affetti da AIDS

ONOREVOLI SENATORI. – Il problema dell'infezione da HIV in carcere è senza dubbio uno dei più drammatici ed urgenti che tale patologia ha suscitato nel suo impatto con la realtà sociale italiana.

Sono note la cronica situazione di affollamento delle carceri, le carenze strutturali e di organico, le profonde modificazioni prodottesi sulla popolazione detenuta negli ultimi anni: su questo già fragile terreno è avvenuto l'impatto del fenomeno AIDS. Da ultimo, l'incremento del fenomeno della microcriminalità legata alla tossicodipendenza, e l'ingresso in carcere del tossicodipendente in quanto tale, a seguito della sancita punibilità, hanno determinato un ulteriore aggravamento di questa già pcsante situazione.

La dimensione quantitativa del problema è tale da esigere un intervento immediato ed efficace.

Secondo i dati della Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena, su 32.375 detenuti presenti al 31 ottobre 1990 nelle carceri italiane, 9.327 erano i tossicodipendenti, pari al 28 per cento, e tra costoro vi erano 2.890 sieropositivi asintomatici, 382 individui in ARC e 55 casi di AIDS conclamato.

Va ricordato che fino ad ora il *test* è volontario e che quindi queste cifre non si riferiscono al totale della popolazione detenuta.

Diversi sono gli aspetti importanti da sottolineare:

lo *stress* da detenzione ed i suoi effetti sull'evoluzione della patologia, l'attuale

qualità della assistenza sanitaria alla popolazione detenuta colpita da *virus* HIV, la difficoltà a svolgere programmi di prevenzione adeguati alla complessità della situazione, sia per pregiudizio culturale, sia per difficoltà di ordine legislativo;

la necessità sia di garantire provvedimenti omogenei nel territorio nazionale, sia di non caricare la magistratura competente di un'ulteriore discrezionalità che suoni come deresponsabilizzazione del legislatore e delega al singolo giudice;

la necessità inderogabile di allestire una rete di servizi di assistenza extraospedaliera per coloro che hanno ottenuto la scarcerazione a causa della malattia. Infatti, anche nei casi di applicazione delle circolari della direzione generale degli Istituti di prevenzione e pena n. 3267 del 3 giugno 1989 e n. 3320/5770 del 25 luglio 1991, pur dopo il non facile superamento di ostacoli dovuti ai tempi burocratici, quasi sempre ci si pone di fronte all'abbandono del soggetto dimesso dall'istituzione penitenziaria. Di fronte a situazioni familiari spesso del tutto assenti o comunque inadeguate, le poche realtà del privato sociale presenti sul territorio hanno dovuto farsi carico, con forze e mezzi insufficienti, di gravi compiti di sostituzione, vista l'assenza e l'inadeguatezza dei servizi sanitari e sociali pubblici.

È stato ormai ampiamente dimostrato in diverse conferenze scientifiche come situazioni di scarsa igiene, di prolungato *stress* psicologico e di depressione cronica possano favorire l'evoluzione clinica di tale sindrome. Attualmente lo sforzo terapeutico e di ricerca è rivolto in maniera determinante a cercare di evitare un'ulteriore evoluzione della situazione di sieropositività che conduca a stati patologici irreversibili. I tale direzione è determinante la possibilità di accesso a tutte le forme terapeutiche anche sperimentali.

La pervicace detenzione di malati affetti da AIDS determina quindi un'accelerazione del loro percorso verso la morte. È in tale quadro che allorquando si è determinata

una situazione sintomatica irreversibile viene meno il fine costituzionalmente sancito della pena. Da qui l'esigenza di una semplice iniziativa legislativa che restituisca senso e umanità alla pena, eliminando al contempo ogni discrezionalità e difformità di trattamento, e si ponga l'obiettivo di sottrarre al regime detentivo le persone in cui l'infezione da HIV abbia già dato segni di evolutività. Per questo motivo vogliamo portare alla discussione del Parlamento il presente disegno di legge con quale si vogliono affermare elementari diritti negati ai detenuti affetti da AIDS. Il provvedimento si rivolge ai soggetti per i quali è accertata l'evoluzione sintomatologica della malattia, quindi il passaggio da una fase di sieropositività ad una fase di insorgenza di patologie specifiche.

La tabella annessa, che costituisce la base per l'individuazione dei destinatari del provvedimento, riprende l'attuale sistema di classificazione dell'infezione da HIV - il cosiddetto CDC di Atlanta - e si riferisce ai gruppi III e IV (tutti i sottogruppi) di tale classificazione.

La possibilità messa a punto di nuove tabelle di classificazione potrà portare ad un'eventuale nuova caratterizzazione dei soggetti destinatari, da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità. Sarà semplice, in tal caso, provvedere all'opportuno adeguamento della tabella, fermo restando l'articolato della legge. Si stabilisce che a ciò provveda il Ministro della sanità con proprio decreto.

Onorevoli colleghi, crediamo che il Parlamento non possa rimanere sordo ed indifferente a quanto, molto responsabilmente e civilmente, viene dai gruppi di detenuti autorganizzati e dalle molte associazioni esterne al carcere che, sulla base delle loro condizioni ed esperienze, chiedono il rispetto e la salvaguardia delle loro già compromesse condizioni di salute e di vita.

La recente conferenza internazionale sull'AIDS, tenutasi a Firenze, ha, tra l'altro, soffermato l'attenzione e richiamato i rispettivi Paesi ad intervenire, anche con

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

provvedimenti legislativi, sui problemi posti dall'HIV.

Il presente disegno di legge vuole rappresentare un contributo a rimuovere la situazione attuale nel nostro Paese, facendo compiere un passo avanti di civiltà e di solidarietà umana e sociale anche verso i detenuti colpiti da infezione da HIV.

In questo senso si inquadra nell'ambito di quanto già legislativamente definito nel nostro paese con la legge 5 giugno 1990 n. 135.

Siamo certi di incontrare l'attenzione e la sensibilità di tutti i senatori per un confronto positivo che approdi all'approvazione in tempi rapidi del presente disegno di legge.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Dopo l'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n. 135, recante «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS», sono inseriti i seguenti articoli:

«Art. 5-bis. - (*Esclusione della custodia cautelare*). - 1. Oltre che nei casi previsti dal comma 4 dell'articolo 275 del codice di procedura penale, non può essere disposta la custodia cautelare in carcere quando imputata è una persona di cui sia stata accertata infezione sintomatica da HIV classificabile in casi previsti dalla tabella allegata alla presente legge.

2. In seguito alla richiesta dell'imputato o del suo difensore di essere sottoposto agli accertamenti relativi all'infezione da HIV, il giudice dispone tali accertamenti, e nei casi di cui al comma 1, accoglie l'istanza, provvedendo comunque entro il tempo massimo di venti giorni dalla presentazione della richiesta.

3. Gli accertamenti di cui al comma 1 devono essere eseguiti dalla struttura sanitaria pubblica competente per territorio, secondo la presente legge, in ordine all'assistenza dei soggetti affetti da HIV».

«Art. 5-ter. - (*Differimento dell'esecuzione della pena*). - 1. L'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale è differita, ai sensi dell'articolo 146 del codice penale, se deve essere eseguita nei confronti di un soggetto per il quale è stata accertata infezione sintomatica da HIV, classificabile nei casi previsti dalla tabella allegata alla presente legge.

2. In seguito all'istanza del condannato o del suo difensore, di essere sottoposto ad accertamenti relativi all'infezione da HIV, il tribunale di sorveglianza dispone gli accertamenti con le modalità e a mezzo delle

strutture indicate nell'articolo 5-bis, e, nei casi di cui al comma 1 del medesimo articolo, accoglie l'istanza, provvedendo comunque entro quaranta giorni dalla presentazione dell'istanza.

3. Il tribunale di sorveglianza provvede analogamente nei confronti di persone internate per misure di sicurezza detentiva.

«Art. 5-quater. - (*Affidamento in prova al servizio sociale*). - 1. L'articolo 47-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, come sostituito dall'articolo 12 della legge 10 ottobre 1986, n. 663, è applicabile, se ne ricorrono le condizioni di ammissibilità, anche alle persone di cui all'articolo 5-ter che chiedano di essere affidate in prova al servizio sociale, per proseguire o intraprendere un programma di assistenza e cura concordato con il servizio sanitario pubblico o con gli enti previsti dalla presente legge».

«Art. 5-quinquies. - (*Servizio sociale territoriale*). - 1. Nel contesto degli interventi previsti dalla presente legge, e in base all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, è stanziata nel triennio 1991-1993. la somma di lire 200 miliardi, destinate alle regioni ed alle provincie autonome di Trento e Bolzano, per la realizzazione e la riqualificazione dei servizi sociali territoriali, anche residenziali, necessari all'assistenza delle persone di cui agli articoli 5-bis e 5-ter della presente legge.

2. I servizi realizzati in base al presente articolo si integrano con quelli previsti dagli articoli precedenti.

3. Il Ministero della sanità ripartisce la somma prevista nel 1991-1993 a livello regionale, utilizzando quali parametri oggettivi la popolazione e il numero di detenuti presenti nella regione. Entro centoventi giorni dalla data di approvazione della presente legge le regioni, unitamente ai comuni richiedenti, alle organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, e alle cooperative di solidarietà sociale, di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, operanti sul territorio, provvedono ad elaborare i progetti di realizzazione di servizi sociali territoriali che sono inviati al Ministro della sanità. Tali progetti devo-

no altresì essere corredati di un piano finanziario circostanziato che quantifichi costi e durata dell'intervento.

4. La gestione dei servizi sociali e territoriali, di cui alla presente legge, può essere affidata anche alle organizzazioni e cooperative di cui al comma 3 operanti sul territorio, previa convenzione con gli enti locali e le unità sanitarie locali. Le modalità di convenzionamento sono definite da un apposito decreto ministeriale.

5. Il consiglio regionale, entro trenta giorni, elabora una graduatoria dei progetti, rendendo conto della localizzazione territoriale degli interventi e della possibile sovrapposizione. La graduatoria deve tener conto, anche su scala subregionale, della presenza degli istituti di prevenzione e pena nel territorio e del numero di detenuti in essi presenti.

6. Le regioni provvedono a predisporre una relazione riguardante il numero e l'efficacia degli interventi realizzati, nonché il grado di avanzamento dei progetti approvati».

«Art. 5-*sexties*. - (*Classificazione dell'infezione HIV*). - 1. Qualora da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità sia emanata una nuova classificazione dell'infezione HIV, la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS, entro trenta giorni, adegua alla nuova classificazione la tabella annessa alla presente legge e il Ministro della sanità, con proprio decreto, modifica la tabella stessa entro trenta giorni».

TABELLA

- a) Linfadenopatia persistente generalizzata.
- b) *sottogruppo B*: Sintomi costituzionali.
sottogruppo B: Malattie neurologiche;
sottogruppo C: Malattie infettive secondarie;
categoria C1: Malattie infettive secondarie, elencate nella definizione di caso AIDS (2);
categoria C2: Malattie infettive secondarie di altro tipo;
sottogruppo D: Tumori secondari;
sottogruppo E: Altre condizioni morbose.