

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 510

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori ZUFFA, MAISANO GRASSI, SALVATO, BETTONI BRANDANI, BOFFARDI, BRESCIA, CONDARCURI, FABJ RAMOUS, FAGNI, GALDELLI, GRECO, LOPEZ, MOLINARI, PEDRAZZI CIPOLLA, PEZZONI, PROCACCI, ROCCHI, STEFÀNO, TADDEI e VINCI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 LUGLIO 1992

Modifica ed 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 tra quelli 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 pesante 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 in ARC e 55 erano i casi di AIDS conclamato.

Va ricordato che 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 qua-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

lità 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 la 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 di 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 dei 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 una ulteriore evoluzione della situazione di sieropositività che conduca a stati patologici irreversibili. In 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 allorché si è determinata una situazione sintomatica irreversibile viene meno il fine costituzionalmente sancito della pena. Da qui l'esigenza di una sempli-

ce 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 il 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.

Onorevoli senatori, 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.

Varie conferenze internazionali sull'AIDS, hanno, tra l'altro, l'attenzione e richiamato i rispettivi Paesi ad intervenire, anche con 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.

Il presente testo, nato nella X legislatura della collaborazione con un cartello di associazioni impegnate sul problema, è stato qui modificato secondo il più recente dibattito tenutosi in occasione del *meeting* di Firenze del giugno 1992 e della successiva Conferenza di Amsterdam.

Siamo certi di incontrare l'attenzione e la sensibilità di tutti i colleghi 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, è inserito il seguente:

«Art. 5-bis. - (*Custodia cautelare in carcere*) - 1. In deroga al 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 o asintomatica da HIV con valore di linfociti CD4 non superiore a 200.

2. In seguito alla istanza 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 dell'istanza.

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

2. Dopo l'articolo 5-bis della legge 5 giugno 1990, n. 135, introdotto dalla presente legge, è inserito il seguente:

Art. 5-ter. - (*Esecuzione di pene restrittive della libertà personale*) - 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 o asintomatica da HIV, con valore di linfociti CD4 non superiore a 200.

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 nel comma 3 dell'articolo

5-bis e, nei casi di cui al comma 2 del presente articolo, accoglie l'istanza, provvedendo comunque entro quaranta giorni dalla presentazione dell'istanza.

3. Il tribunale di sorveglianza provvede analogamente a quanto stabilito dal comma 2 del presente articolo, nei confronti di persone internate per misure di sicurezza detentiva».

3. Dopo l'articolo 5-ter della legge 5 giugno 1990, n. 135, introdotto dalla presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 5-quater. - (*Affidamento in prova al servizio sociale*) - 1. L'articolo 47-bis della legge 27 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 indicate nell'articolo 5-ter della presente legge 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 nazionale o con gli enti previsti dalla presente legge».

4. Dopo l'articolo 5-quater della legge 5 giugno 1990, n. 135, introdotto dalla presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 5-quinquies. - (*Interventi delle regioni*) - 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 1992-1994, la somma di lire 200 miliardi, destinate alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, per la realizzazione e la riqualificazione dei servizi sociali territoriali, anche residenziali, necessari all'assistenza delle persone di cui agli articoli 5-bis, 5-ter e 5-quater. I servizi realizzati in base al presente articolo si integrano con quelli previsti dagli articoli precedenti.

2. Il Ministero della sanità ripartisce la somma prevista nel 1992-1994 a livello regionale, utilizzando, quali parametri oggettivi la popolazione e il numero di detenuti presenti nella regione.

3. Le regioni, unitamente ai comuni richiedenti, alle organizzazioni di volonta-

riato 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 dei servizi sociali territoriali che sono inviati al Ministro della sanità. Tali progetti devono 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 al comma 3, può essere affidata anche alle organizzazioni di volontariato o alle cooperative di solidarietà sociale operanti sul territorio, che siano state riconosciute ai sensi dell'articolo 5-*sexies*, previa convenzione con gli enti locali o le unità sanitarie locali. Le modalità di convenzionamento sono definite rispettivamente dall'articolo 7 della legge 11 agosto 1991, n. 266, e dall'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381.

5. La regione, entro trenta giorni dal ricevimento dei progetti, elabora una graduatoria degli stessi, 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 ristretti.

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».

5. I progetti di cui al comma 3 dell'articolo 5-*quinquies* della legge 5 giugno 1990, n. 135, introdotto dal comma 4 del presente articolo, sono elaborati dalle regioni entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

6. Dopo l'articolo 5 *quinquies* della legge 5 giugno 1990, n. 135, introdotto dalla presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 5-*sexies*. - (Norme di attuazione) - 1.
Il Ministro della sanità emana entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente legge, sentito il parere della Commissione nazionale per la lotta all'AIDS, un decreto

che definisce le caratteristiche strutturali, organizzative, assistenziali e scientifiche delle organizzazioni che intendono assolvere a compiti di assistenza ed accoglienza dei soggetti affetti da AIDS, al fine di garantire rigorosi requisiti di competenza ed efficienza.

2. Per le convenzioni di cui al comma 4 dell'articolo 5-*quinquies*, il Ministero della sanità certifica la rispondenza di ciascuna organizzazione ai parametri stabiliti».