SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA

(N. 2259)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori GROSSI, GOZZINI, TEDESCO TATÒ, OSSICINI, BENEDETTI, ROSSANDA, CIACCI, MERZARIO, LUGNANO, IANNARONE e BELLINZONA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 APRILE 1983

Coordinamento del codice penale, del codice di procedura penale e della legge penitenziaria (legge 26 luglio 1975, n. 354) con i princìpi sanciti in materia di malattie mentali dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833. Abrogazione della legislazione penale speciale per infermi e seminfermi di mente e superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

ONOREVOLI SENATORI. — Dal secolo scorso ad oggi la psichiatria ha conosciuto una grande evoluzione dovuta prevalentemente al suo espandersi dalla biologia alla sociologia ed alla psicologia. Ciò ha causato una notevole dilatazione del concetto di malattia psichica ed una diversa concezione di questa. Le malattie di mente attualmente conosciute sono innumerevoli, molte di esse hanno confini incerti, non facilmente delineabili, cosa che ne rende spesso ardua la sistemazione in categorie tipiche. Ai giorni nostri, poi, l'infermità psichica non si reputa una condizione in cui venga a trovarsi un soggetto in via definitiva ed irreversibile, ma si ritiene uno stato patologico transitorio, come tale curabile ed in molti casi anche sanabile. Con la legge 13 maggio 1978, n. 180, riguardante gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori, successivamente assorbita nella legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale, il legislatore disciplinando la pratica psichiatrica ha riconosciuto validità e rilevanza al mutato concetto di malattia di mente ed ai metodi di cura e di riabilitazione attualmente in uso in psichiatria. Risulta così che i princìpi

TIPOGRAFIA DEL SENATO (600)

fissati in detta legislazione non siano conciliabili nè coordinabili neppure in misura minima con la normativa che i codici generali e di procedura penale e la legislazione penitenziaria — rimasti legati al vecchio indirizzo della psichiatria solo biologica — dedicano ai soggetti che in stato di malattia di mente commettono reati. Non tutti i disturbi psichici che colpiscono l'essere umano hanno una incidenza tale sul comportamento da legittimare la esclusione della responsabilità penale. A causa della espansione, che dal secolo scorso ad oggi ha conosciuto la nozione di malattia di mente, sarebbe opportuno, per soddisfare una esigenza di certezza del diritto, indicare nella legislazione penale le malattie o i gruppi di malattie psichiche che si reputano influenzare così profondamente l'orientamento del comportamento umano, fino al punto di dover dichiarare penalmente irresponsabile il soggetto agente che ne sia afflito. Ma la pluralità di specie, la indefinibilità di aspetti, la evanescenza di confini che presentano al momento le malattie di mente, impediscono di ancorare i tipi di infermità psichica, cui si voglia attribuire rilevanza per fini penali, a criteri oggettivi di individuazione. Prova di ciò sia l'esperienza fatta nella Repubblica federale di Germania. Con la riforma del codice penale entrata in vigore nel 1975 il legislatore tedesco ha voluto aggiornare il diritto penale alla evoluzione della psichiatria. Ha così abolito il vecchio concetto della incapacità di intendere e di volere (Zurechnungsunfähigkeit) e lo ha sostituito con la nozione della « incapacità di colpevolezza » (Schuldunfähigkeit), che ha ancorato a quattro gruppi di malattia denominati: disturbi patologici della psiche (Krankhafte seelische Störung), disturbi gravi della coscienza (tiefgreifende Pewusstseinsstörung), debolezza mentale (Schwachsinn), altre gravi anomalie psichiche(andere schwere seelische Abartigkeit). Tale soluzione non solo nel periodo della sua elaborazione legislativa, ma ancor oggi costituisce materia di vivaci ed incessanti discussioni scientifiche, inoltre incontra notevoli difficoltà nella sua pratica applicazione. Dopo l'esperienza tedesca deve convenirsi che non è consigliabile riformare la legislazione penale italiana praticando un arrangiamento nella forma sopra descritta. Il coordinamento della legislazione penale con la moderna psichiatria esige un intervento legislativo più consapevole, più profondo e più razionale.

Sotto altro punto di vista si deve fare rilevare che la transitorietà riconosciuta dalla psichiatria moderna al disturbo psichico, la variabilità e la mutabilità di forme e di intensità, che questo conosce nel corso del tempo, impediscono oggi di attribuire validità alla (e quindi di conservare la) soluzione adottata dai codici penale e di procedura penale e dalla legislazione penitenziaria oggi vigenti in Italia, che catalogano gli infermi di mente che hanno commesso reato in una categoria a sè, contrassegnata da caratteri stabili ed immanenti e come tale destinataria di una normativa penale speciale. Una tale soluzione non solo non è aggiornata alla evoluzione della psichiatria, ma trova la ferma e decisa opposizione del movimento internazionale per l'affermazione dei diritti dell'handicappato. Questo propugna l'abolizione di ogni normativa speciale di natura emarginante e chiede di destinare anche ai soggetti che soffrano di menomazioni fisiche o psichiche la legislazione che vige in via generale per ogni cittadino naturalmente dopo aver praticato su questa gli opportuni adeguamenti.

È vero che il legislatore penale del 1930, dichiarando il malato di mente-reo « incapace di intendere e di volere », sottraendolo in gran parte al processo penale tramite la disciplina della perizia psichiatrica ed evitandogli il rigore del carcere, legittimandone la custodia a tempo indeterminato nell'ospedale psichiatrico giudiziario, era convinto di emanare una normativa protettiva e favorevole al reo sofferente di disturbi psichici. Nella realtà, però, le cose sono andate diversamente. I malati di mente-rei non hanno mai costituito una categoria di soggetti privilegiati dalla normativa penale, quanto piuttosto, con il decor-

so del tempo, si sono rivelati un gruppo di persone sottoposte ad un grado notevole di emarginazione e di coartazione. L'aver fatto dei malati di mente una categoria a sè, l'averli resi destinatari di una normativa penale speciale e l'aver diffuso la persuasione irremovibile secondo cui la normativa penale vigente e le soluzioni da questa sancite tutelano in maniera rigorosa il malato di mente-reo dalle asprezze del diritto penale non hanno arrecato vantaggio alcuno a questi sventurati cittadini. Si è verificato infatti che i malati di mente — autori di reato — essendo considerati — sia pure contro la realtà dei fatti — dei privilegiati, siano stati via via sempre più trascurati e dagli organi ministeriali che si occupano della amministrazione penitenziaria e dallo stesso legislatore, cosicchè oggi costituiscono una categoria di persone neglette. Le inadempienze normative, di cui si è reso responsabile il Parlamento, sono facilmente rilevabili, se si prendono in esame le leggi emanate negli ultimi anni in materia psichiatrica ed in materia penale. Nel 1978 il legislatore, provvedendo in materia psichiatrica, ha soppresso gli ospedali psichiatrici generali, ma ha lasciato sussistere gli ospedali psichiatrici giudiziari; in conseguenza di ciò, la categoria dei sofferenti di disturbi psichici-rei, al momento, viene ancora sottoposta a quella terapia psichiatrica che la legislazione del 1978 ha abolito. Anche in tempi recenti il legislatore ha provveduto più volte in materia penale. In particolare con la riforma penitenziaria (legge 26 luglio 1975, n. 354) e con la legge emanata il 24 novembre 1981, n. 689, dal titolo « Modifiche al sistema penale », il legislatore ha ristrutturato notevolmente il sistema sanzionatorio basato sulla pena detentiva. Prevedendo le misure alternative alla detenzione, concedendo il ricorso alla sospensione condizionale della pena in maniera più vasta, limitando in molti casi l'uso della detenzione fino a sei mesi tramite sanzioni limitative della libertà personale del condannato, ma non detentive, il legislatore ha disposto che nel settore della piccola, piccolo-media e media criminalità si faccia ricorso alla detenzione solo quale ultima *ratio*. Con la stessa larghezza di vedute il legislatore non ha provveduto per i malati di mente. Questi infatti, se commettono reati medi e medio-piccoli, vengono sottoposti alla misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario, che è sanzione chiaramente detentiva. E ciò accade per norma e non già quale ultima *ratio*. È vero che la legislazione penitenziaria dispone con maggiore larghezza la concessione della semilibertà agli internati, rispetto ai detenuti, ma è altrettanto vero che di tale misura si può fare uso molto limitato a causa della irrazionale distribuzione sul territorio nazionale degli ospedali psichiatrici giudiziari. Secondo informazioni ricevute dalla prassi risulta che i giudici di sorveglianza, non potendo ammettere gli internati alla semilibertà, concedono oggi con una certa larghezza licenze e quanto più possibile applicano la libertà vigilata. Ma si tratta qui di arrangiamenti e di ripieghi, cui si fa ricorso per mitigare le asperità più vistose di una legge che si avverte ormai come inadeguata ed anacronistica e, come tale, anche iniqua. L'ingiustizia della normativa vigente risulta ancora più grande se si pensa che negli Stati d'Europa, dove il sistema penitenziario è più progredito, quali la Svezia e l'Olanda, il 90 per cento dei malati di mente autori di reato sottoposti a misura psichiatrica detentiva sono ammessi al beneficio della esecuzione aperta o semiaperta. I benefici e le facilitazioni che al fine di rendere possibile il reinserimento sociale vengono concessi in sede esecutiva al soggetto sano di mente, condannato a pena detentiva, sono negati oggi in Italia a chi è stato prosciolto dal reato a causa di infermità psichica. Soggetti questi che a causa del loro stato di salute avrebbero indubbiamente bisogno in sede penitenziaria, per fini terapeutici (curativi o riabilitativi) e di riadattamento sociale, di maggiori benefici e di più accurata assistenza rispetto a quanto viene attualmente offerto e concesso al condannato sano di mente.

La situazione del tutto inadeguata in cui oggi negli ospedali psichiatrici giudiziari, a causa delle inadempienze ed omissioni della amministrazione penitenzaria, si vengono

a trovare i malati di mente autori di reato, è diffusamente conosciuta. Essa è stata più volte denunciata non solo dalla stampa quotidiana, ma anche in relazione ad articoli apparsi in riviste scientifiche. A tale situazione, stigmatizzandola, alludono chiaramente i giudici istruttori ed i giudici di sorveglianza nelle molteplici questioni di legittimità costituzionale sollevate, nelle quali si lamenta tra l'altro la violazione del diritto alla salute. Anche la Corte costituzionale, motivando la sua sentenza dell'8 luglio 1982, con cui ha deciso in giudizio riunito ben ventidue questioni di legittimità costituzionale sollevate dai magistrati di merito sulla legislazione penale riguardante le misure di sicurezza psichiatrica, riconosce con tutta chiarezza il grave stato di abbandono in cui, a causa delle inadempienze amministrative e della arretratezza normativa, si trovano i malati di mente sottoposti alla misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario e propone al Parlamento di provvedere con sua legge (cfr. pag. 31 della sentenza n. 139 - anno 1982 Corte costituzionale, depositata in cancelleria il 27 luglio 1982, riproduzione a stampa).

Per quanto esposto risulta necessario riformare profondamente la legislazione penale, processuale penale e penitenziaria riguardante i malati di mente autori di reato, aggiornandola alla evoluzione che hanno conosciuto la psichiatria e lo stesso diritto penale in altri suoi settori.

Tre sono i criteri direttivi su cui si è elaborata la normativa: 1) parificazione agli effetti giuridici della malattia di mente alla malattia fisica e rigorosa tutela della salute psichica; 2) abrogazione della legislazione penale speciale per malati di mente attualmente in vigore ed estensione al sofferente di disturbi psichici-autore di reato della normativa penale vigente destinata al reo-sano di mente, in quanto più aggiornata e più favorevole; 3) abolizione dei rapporti perito/psichiatra-imputato e perito/psichiatra-condannato, in sè equivoci, e loro sostituzione con il chiaro e trasparente rapporto medico-psichiatra-paziente. Con ciò si è riconosciuto validità a tre fondamentali richieste, i provenineti nell'ordine: 1) del movimento internazionale per il rinnovamento della psichiatria; 2) dal movimento internazionale per l'affermazione dei diritti dell'handicappato; 3) dagli esperti di psichiatria forense. Si è data inoltre attuazione al princìpio del *favor rei.*

La normativa proposta fa perno sulla abolizione della nozione della incapacità di intendere e di volere del reo sofferente di disturbi psichici. Con ciò si consiglia di uniformare la legislazione penale italiana alle più moderne ed avanzate elaborazioni scientifiche penali oggi esistenti. Nel codice penale svedese, riformato nel 1965, non è più previsto il concetto della incapacità di intendere e di volere del malato di mente. Il legislatore svedese lo ha abolito, senza sostituirlo con altro, seguendo i consigli del noto psichiatra Kinberg, che ha definito la nozione della incapacità di intendere e di volere « artificiosa, fittizia, equivoca e degradante l'essere umano ». Anche nel progetto preliminare del codice penale spagnolo, presentato al Parlamento il 17 gennaio 1980, non si trova traccia della incapacità di intendere e di volere del malato di mente: la malattia di mente è catalogata tra le cause di giustificazione (articolo 26 n. 1). Negli Stati Uniti d'America dopo la riforma psichiatrica del 1963 si è manifestata una chiara opposizione da parte della dottrina penale alla conservazione della incapacità di intendere e di volere del malato di mente. Le argomentazioni a questo fine più rilevanti della dottrina nord-americana così possono venire sintetizzate: 1) la pluralità di aspetti che assumono le malattie psichiche e la varietà di *tests* che permettono di accertarle attribuiscono al concetto di malattia di mente un significato metafisico, speculativo, intuitivo, implicante una valutazione morale, che va a scapito di concreti elementi di fatto; 2) dal punto di vista terapeutico, nel trattare in sede penitenziaria comportamenti devianti, è più proficuo ritenere i soggetti responsabili degli atti commessi, anzichè vittime involontarie del loro ruolo di malati (per tutti Bassiouni, Substantivo criminal law, Springfield, 1978, pag. 487 e seguenti).

Al fine di non creare difficoltà di coordinamento tra vecchia e nuova legislazione, nel disegno di legge che si propone ci si uniforma alla terminologia tecnica del codice penale vigente e si dichiara imputabile il soggetto infermo di mente che commette reati. In tal modo si equipara il reo sofferente di disturbi psichici ai soggetti che commettono reati in stato di ubriachezza o di stupefazione o in stato emotivo o passionale. Soggetti questi che, a norma della legislazione penale vigente (articoli 90, 92, 93 e 94 codice penale), sono imputabili, anche se, come i malati di mente, al momento in cui agiscono a causa dello stato in cui versa la loro psiche — sia pure per l'influenza di agenti non patologici — hanno difficoltà nel dominare e nel dirigere il proprio comportamento. Questa difficoltà nella legislazione penale vigente non è ritenuta nè di tipo, nè di grado tale da escludere la colpevolezza. I soggetti menzionati vengono pertanto riconosciuti « autori », in quanto si reputa che dispongano, sia pure nello stato di alterazione psichica in cui sono, della libertà necessaria a dominare il proprio comportamento, od in ogni caso che tale libertà era a loro disposizione nel tempo immediatamente precedente al reato ed era in grado tale da permettere di evitare uno stato in cui sarebbe loro venuta meno la possibilità di dominare e di orientare il proprio comportamento.

L'attribuzione al malato di mente di gradi di libertà è il fine cui tende la psichiatria moderna. Le terapie curative e riabilitative, attualmente in uso nella prassi psichiatrica, tendono a rendere il malato di mente consapevole della sua malattia e degli effetti che questa produce e con ciò fornire al malato la possibilità di dominare il suo agire, e per aiutarlo in ciò gli offrono la possibilità di praticare un opportuno addestramento. Stando così le cose non è più possibile, ai giorni nostri, considerare il malato di mente « oggetto »; egli è un « soggetto », vale a dire « autore ». Questa qualificazione non può limitarsi a determinati gruppi di malati di mente, ma deve estendersi a tutti i soggetti sofferenti di disturbi psichici. Infatti l'indirizzo psichiatrico, che cerca di attribuire al malato di mente gradi di libertà, ha trovato riconoscimento ed accoglimento nella legislazione del 1978, la quale non solo impone l'attuazione della terapia praticata dall'orientamento psichiatrico menzionato, ma prevede anche la costruzione delle istituzioni sociali e sanitarie idonee a fornire autonomia al malato di mente.

Dichiarare il malato di mente incapace di intendere e di volere significa dichiararlo incapace di orientare il proprio comportamento ai criteri di valore che vigono in una società, e quindi dichiararlo incapace di vivere in questa. Ciò significherebbe contraddire i princìpi fissati nella legislazione psichiatrica del 1978 ed annullare gli sforzi che la moderna psichiatria fa per la cura e la riabilitazione dei soggetti sofferenti di disturbi psichici, nonchè per il loro riadattamento ed il loro reinserimento sociale. Continuare a qualificare il reo che soffre di disturbi psichici « un incapace di intendere e di volere » significa continuare a dare credito ad una legislazione penale elaborata su vecchi pregiudizi e su concezioni culturalmente arretrate (e scarsamente democratiche) dei rapporti tra singolo e società; significa inoltre rinunciare ad esprimere nella normativa penale una visione consapevole ed obiettiva e del fenomeno criminoso relativo alla devianza penale del malato di mente e del modo con cui questa possa venir efficacemente prevenuta e combattuta.

Parimenti alla incapacità di intendere e di volere del reo sofferente di disturbi psichici, anche la nozione della sua pericolosità risulta oggi frutto di vecchie credenze e di ideologie. Al convincimento generico e diffuso della pericolosità del malato di mente non si può attribuire valore superiore a quello di una pura affermazione empirica, dal momento che esso non trova nè riscontro, nè conferma in psichiatria. La pericolosità del malato di mente autore di reato, poi, non ha mai raggiunto nè elaborazione, nè definizione valida ad opera della criminologia e della scienza penale. La pericolosità del malato di mente in sè risulta pertanto una finzione e come

tale non può essere sancita da una legge penale quale presupposto idoneo a legittimare la sottrazione della libertà personale tramite l'applicazione di mezzi sanzionatori, quali le misure di sicurezza psichiatriche, che hanno natura esclusivamente detentiva e che talvolta si protraggono per molti anni.

In verità anche il concetto di colpevolezza, da cui allo Stato deriva la legittimazione ad infliggere la pena, vale a dire a togliere o a limitare la libertà ai cittadini che hanno commesso reati, così come il concetto di pericolosità, è ritenuto oggi da molti studiosi del diritto penale una finzione. Se al momento, per mancanza di alternative, ci si deve rassegnare ad avere un diritto penale convenzionale, ciò non impedisce di esigere che le limitazioni alla libertà dei cittadini imposte dal diritto penale trovino la loro legittimazione in convenzioni fissate in base a criteri identici e valide in egual modo per tutti i cittadini. Un diritto penale come l'attuale, definito del « doppio binario », costruito su due pesi e su due misure, è inaccettabile. Senza dubbio il diritto penale della colpevolezza, che prevede pene di durata limitata, da adeguarsi al caso concreto entro limiti edittali minimi e massimi ed in base a criteri di misura legislativamente sanciti, nella sua convenzionalità è — in quanto più oggettivo e più garantito — preferibile al diritto penale della pericolosità, dove le sanzioni risultano indeterminate nel tempo e non ancorate a criteri oggettivi di misurazione legislativamente prefissi, ma applicabili in base a criteri forfettari facilmente manipolabili dal perito, la cui opera sfugge spesso al controllo del giudice.

Con questo disegno di legge si propone l'abolizione della pericolosità del malato di mente-autore di reato ed in conseguenza di ciò delle misure di sicurezza per infermi di mente, quali l'ospedale psichiatrico giudiziario e la casa di cura e di custodia. Avendo riconosciuto il presente disegno di legge il malato di mente-autore di reato capace di intendere e di volere e quindi imputabile, le pene previste nel codice penale per le varie fattispecie di reato entrano automaticamente a sostituire le misure di sicurezza abrogate.

L'abolizione delle misure di sicurezza è oggi un atto necessitato, dovuto alla scarsa ed inefficiente prestazione di questo mezzo sanzionatorio, e non solo la conseguenza dell'aver disconosciuto validità al concetto della pericolosità del malato di mente-reo. Le misure di sicurezza, in sè, hanno riscosso sempre scarsa approvazione sia da parte della teoria che da parte della prassi, in quanto ritenute reazioni penali difettose sotto molteplici punti di vista. Ciò spiega il limitato uso che di esse fanno i giudici, nonchè il disinteresse per esse da sempre esternato dagli studiosi del diritto penale. Questo ha indubbiamente contribuito alla loro mancata evoluzione ed alla loro mancata espansione. Le misure di sicurezza psichiatriche vengono oggi applicate in una percentuale che, computata sul numero delle pene complessivamente inflitte, non supera il quoziente del 2 per cento.

Se le misure di sicurezza risultano attualmente un sistema sanzionatorio completamente in declino e logoro nella funzione, notevole validità ed efficienza presenta di contro il sistema sanzionatorio costituito dalle pene, recentemente aggiornato anche in Italia alla evoluzione della criminologia e della scienza del diritto penale. La pena detentiva, in particolare, ha assunto, nel testo della legge, una fisionomia completamente nuova: essa è stata umanizzata ed orientata ai fini della prevenzione speciale in osservanza dell'articolo 27 della Costituzione. Con ciò ha perduto il carattere retributivo e repressivo assegnatole dal vecchio diritto penale. La trasformazione della pena detentiva si esprime soprattutto nella legge sull'ordinamento penitenziario emanata nel 1975. Tale normativa si fonda sulla umanizzazione della reclusione, abolendo il carcere-castigo, distruttore della personalità, e disponendo la costruzione di un carcere fortemente individualizzato, dotato delle strutture necessarie per soddisfare i bisogni umani e le necessità legittime dei detenuti. La ristrutturazione dell'ambiente in cui viene eseguita la pena detentiva ed i rinnovati criteri di ordine che de-

vono vigere in sede penitenziaria dovrebbero favorire in ogni momento l'evoluzione ed il miglioramento della personalità dei detenuti (purtroppo altro è la legge, altro la realtà).

La normativa penitenziaria del 1975 ha orientato la reclusione alla prevenzione speciale, disponendo che la esecuzione della detenzione sia sempre accompagnata dal trattamento volto alla risocializzazione del reo. Ha rafforzato poi questo orientamento prevedendo misure alternative alla detenzione, che hanno il fine di limitare la esecuzione chiusa, sostituendovi forme di esecuzione aperta e semiaperta e ciò per superare quanto prima possibile gli effetti collaterali nocivi della reclusione. Con questo la nuova fisionomia della pena detentiva viene sottolineata con vigore.

A norma della legislazione penitenziaria del 1975, dovendosi oggi ritenere, almeno in linea di principio, che il carcere sia umanizzato e individualizzato, quindi dotato delle strutture idonee a dare adeguata risposta alle necessità di vita ed alle esigenze della personalità di ogni singolo detenuto, ed inoltre dovendosi reputare la pena detentiva non più un castigo di natura retributiva, ma un mezzo sanzionatorio di natura special-preventiva, che persegue quali suoi fini principali la rieducazione e la risocializzazione del condannato, non c'è motivo, almeno in linea di princìpio, di sottrarre il malato di mente-autore di reato all'ambiente carcerario. Anche ai malati di mente condannati a pena detentiva devono venire pertanto applicate le misure alternative alla detenzione disciplinate nella legislazione penitenziaria per i soggetti sani. In considerazione poi del fatto che: 1) la terapia psichiatrica viene oggi praticata in gran parte in forma aperta ed ambulatoriale; 2) che l'opera di riadattamento sociale dei malati di mente — se paragonata a quella prestata ai soggetti sani — presenta difficoltà superiori ed esige particolari accorgimenti; 3) che i soggetti sofferenti di disturbi psichici non sempre riescono a sopportare le coartazioni della detenzione senza derivarne pregiudizio alla loro salute psichica, si è prevista per i malati di mente condannati a pene detentive superiori ai due anni la misura della sospensione condizionale della esecuzione in forma chiusa della pena detentiva, beneficio da potersi concedere più volte nel corso della esecuzione, anche in caso di revoca della misura alternativa per colpa del condannato. Alla sospensione condizionale della esecuzione in forma chiusa della pena detentiva i condannati sono ammessi dalla sezione di sorveglianza per periodi di tempo la cui durata viene fissata nel caso singolo, in relazione a concrete necessità di cura e di riabilitazione psichiatrica e di riadattamento sociale.

Nel corso della esecuzione, essi sono sottoposti al regime della semilibertà o della libertà vigilata. Anche nel periodo in cui sono ammessi alla esecuzione aperta, i malati di mente devono sottostare al trattamento penitenziario, che viene opportunamente adeguato a questa forma di esecuzione. L'inosservanza degli obblighi imposti dal giudice comporta la revoca del beneficio.

Nell'elaborare la normativa che si propone, si è volta particolare cura alla tutela della salute del malato di mente che per qualche motivo venga sottoposto a detenzione. A questo fine il presente disegno di legge rafforza l'articolo 11 dell'ordinamento penitenziario (legge 26 luglio 1975, n. 354), che prevede il servizio sanitario all'interno del carcere, dispondendo: 1) che il carcere sia attrezzato con le strutture sanitarie idonee alla cura dei disturbi psichici dei detenuti; 2) che per la pratica delle cure e delle terapie riabilitative medico-psichiatriche gli organi penitenziari richiedano la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali. Quale punto 3) per i detenuti che devono scontare lunghe pene detentive, il cui stato di infermità psichica sia particolarmente grave, si è prevista l'istituzione di sezioni carcerarie regionali all'uopo appositamente attrezzate. Tali sezioni devono essere presenti, anche in numero superiore ad una, in ogni regione; ognuna di esse non deve avere capienza superiore a 15-20 posti e deve rendere possibile la costituzione del gruppo terapeutico. Le sezioni carcerarie regionali appositamente attrezzate per l'esecuzione di pene detentive di lunga durata inflitte a soggetti infer-

mi di mente costituiscono una struttura analoga e parallela « ai reparti carcerari opportunamente attrezzati » previsti dall'articolo 84 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, per la cura e la riabilitazione dei detenuti tossico-dipendenti. La istituzione di sezioni carcerarie per malati di mente viene proposta con dislocazione sul territorio regionale per favorire la cura e la riabilitazione psichiatrica, nonchè il riadattamento sociale dei malati di mente gravi, condannati a lunghe pene detentive per aver commesso reati gravi. Per attuare i menzionati fini è necessario ammettere frequentemente, e talvolta anche per lunghi periodi, il detenuto all'esecuzione aperta. Allorquando sussistano in un condannato detti gradi elevati di infermità psichica e di criminalità, l'esecuzione aperta è praticabile solo se gli organi penitenziari siano in grado di esercitare un costante controllo sul detenuto ed inoltre se vi sia la collaborazione dell'ambiente .Nell'assegnare i detenuti alle apposite sezioni carcerarie regionali è necessario dare la preferenza a quelle del luogo in cui l'ambiente sia al denuto particolarmente favorevole, o perchè vengono praticate le cure psichiatriche a lui maggiormente idonee, o perchè l'ambiente è particolarmente propenso al suo inserimento sociale. Così ad esempio il luogo di residenza, dove il detenuto ammesso alla esecuzione aperta può contare non solo sull'appoggio degli organi penitenziari e di assistenza sociale, ma anche sull'aiuto di familiari o di conoscenti, disposti a prendersi concretamente cura di lui. Si devono evitare le sezioni carcerarie situate in luoghi o vicini a luoghi in cui il detenuto riceve spinte criminogene o dove l'ambiente gli è ostile a causa del reato commesso.

Affinchè non si verifichi ancora una volta quanto riscontrato negli ospedali psichiatrici giudiziari, dove gli organi penitenziari si sono limitati alla custodia dell'internato e hanno trascurato di curarne la salute, nel disegno di legge che si propone, si sancisce, in conformità all'articolo 32 della Costituzione, che tutela il diritto alla salute, il diritto del detenuto malato di mente a ricevere le cure mediche e riabilitative, nonchè l'assistenza psichiatrica, che il suo stato di salute psichica richiedono. Per evitare poi che nella prassi penitenziaria tale diritto venga eluso, si fa obbligo agli organi penitenziari di provvedere affinchè all'inizio dell'esecuzione della pena detentiva venga elaborato per il detenuto malato di mente un piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica. Un medico psichiatra appartenente ai servizi psichiatrici territoriali, scelto dal detenuto in accordo e sotto il controllo del giudice di sorveglianza, in base ai criteri che a norma della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale regolano la scelta del medico (articolo 19 legge 23 dicembre 1978, n. 833), redige il piano di cura. Il detenuto ha facoltà di chiedere la collaborazione anche di un medico di sua fiducia. In questo caso le cure vengono concordate tra i due medici. Il piano di cura viene sopposto all'approvazione del giudice di sorveglianza che, dopo avere ottenuto l'approvazione del detenuto, lo dichiara esecutivo. Il medico dei servizi psichiatrici territoriali che ha redatto il piano di cura rimane responsabile per l'attuazione di questo: deve seguire il detenuto come suo paziente, ed almeno ogni tre mesi riferisce al giudice di sorveglianza sull'andamento delle cure praticate, proponendo se del caso le modifiche necessarie. I detenuti malati di mente hanno l'obbligo di sottoporsi al piano di cura e di assistenza psichiatrica, anche se ammessi all'esecuzione aperta. L'inosservanza di tale obbligo senza giustificato motivo comporta la revoca della misura alternativa alla detenzione che è stata applicata.

La disciplina proposta impone l'attuazione di un trattamento medico-psichiatrico intensivo e fortemente individualizzato nel rispetto della dignità e della libertà umana, fondato sull'affidamento del malato al « suo » medico e sotto il rigoroso controllo del giudice di sorveglianza. Il piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica costituisce (è parte del) trattamento penitenziario. Il piano relativo al trattamento penitenziario deve venir coordinato con il piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica, i due piani nel limite del possibile devono venire attuati contemporaneamente. In tal modo nel corso dell'esecuzione della pena

detentiva si combatte ad un tempo contro la malattia psichica e contro la criminalità.

Nel presente disegno di legge in sede di normativa processuale penale la malattia psichica è stata equiparata a tutti gli effetti alla malattia fisica e produce conseguenze giuridiche analoghe a queste. Allorquando l'imputato a causa dell'entità dei disturbi psichici di cui è sofferente non possa partecipare al processo senza derivarne pregiudizio alla salute, il processo viene sospeso o rinviato. Si è con ciò abbandonata la formula della sopravvenuta incapacità di intendere e di volere prevista nella legislazione vigente quale causa di rinvio processuale. Non si è ritenuto di seguire la formula « della partecipazione cosciente al processo » usata al menzionato scopo nel progetto preliminare del codice di procedura penale. I concetti di incapacità di intendere e di volere e di partecipazione cosciente al processo sono nozioni artificiose ed evanescenti e come tali equivoche; non possono usarsi per legittimare la sospensione o il rinvio del processo penale, provvedimenti, questi, che assumono notevole rilevanza nell'ambito sociale.

Nella normativa processuale proposta risulta poi completamente abolita la perizia psichiatrica, volta all'accertamento dell'incapacità di intendere e di volere del malato di mente. E ciò non solo perchè in base alle ragioni di diritto sostanziale precedentemente esposte si è soppressa la nozione dell'incapacità di intendere e di volere dell'infermo di mente-reo, ma anche per ragioni di carattere processuale. L'incapacità di intendere e di volere, infatti, è concetto che attiene al mondo del diritto e non alla psichiatria. Non si può pertanto tollerare oltre che un perito medico psichiatra venga obbligato a certificare la sussistenza di dati, quali l'incapacità di intendere e di volere, la cui nozione e la cui conoscenza appartengono ad un settore di sapere diverso da quello in cui il perito è specialista.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(*Modifica degli articoli 88 e 89 del codice penale*)

L'articolo 88 del codice penale è sostituito dal seguente:

« Art. 88. - (*Infermità psichica*). — L'infermità psichica non esclude, nè diminuisce l'imputabilità ».

L'articolo 89 del codice penale è abrogato.

Art. 2.

(*Abrogazione parziale dell'articolo 108 del codice penale*)

Il secondo comma dell'articolo 108 del codice penale è abrogato.

Art. 3.

(*Integrazione dell'articolo 147 del codice penale*)

Nel primo comma, numero 2), dell'articolo 147 del codice penale, dopo le parole: « di grave infermità fisica » sono aggiunte le seguenti: « o psichica ».

Art. 4.

(*Abrogazione dell'articolo 148 del codice penale*)

L'articolo 148 del codice penale è abrogato.

Art. 5.

(*Modificazioni all'articolo 204 del Codice penale*)

È abrogato il numero 1) del secondo comma dell'articolo 204 del codice penale.

Al terzo comma del medesimo articolo sono abrogate le parole: « dieci anni nel caso

preveduto dal primo capoverso dell'articolo 222, ovvero » e le altre: « in ogni altro caso ».

Art. 6.

(*Modifica dell'articolo 206 del Codice penale*)

Al primo comma dell'articolo 206 del codice penale sono abrogate le parole: « o l'infermo di mente ».

Art. 7.

(*Modifica dell'articolo 212 del Codice penale*)

È abrogato il secondo comma dell'articolo 212 del codice penale.

Art. 8.

(*Modifica dell'articolo 219 del Codice penale*)

Al primo comma dell'articolo 219 del codice penale sono abrogate le parole: « di infermità psichica o ».

Art. 9.

(*Modifica dell'articolo 222 del Codice penale*)

Al primo comma dell'articolo 222 del codice penale sono abrogate le parole: « per infermità psichica, ovvero ».

Art. 10.

(*Modifica dell'articolo 232 del Codice penale*)

L'articolo 232 del codice penale è sostituito dal seguente:

« Art. 232. - (*Minori in stato di libertà vigilata*). — La persona di età minore non può essere posta in stato di libertà vigilata, se non quando sia possibile affidarla ai genitori, o a coloro che abbiano obbligo di

provvedere alla sua educazione o assistenza, ovvero ad istituti di assistenza sociale.

Qualora tale affidamento non sia possibile o non sia ritenuto opportuno, è ordinato o mantenuto il ricovero nel riformatorio.

Se, durante la libertà vigilata, il minore non dà prova di ravvedimento, alla libertà vigilata è sostituito il ricovero in un riformatorio ».

Art. 11.

(*Modifiche dell'articolo 88 del codice di procedura penale*)

L'articolo 88 del codice di procedura penale è modificato come segue:

a) nella rubrica, le parole: « sopravvenuta all'imputato » sono sostituite dalle altre: « dell'imputato »;

b) il primo comma è sostituito dal seguente:

« Quando l'imputato a causa di infermità psichica non sia in condizione di partecipare al processo se non derivandone pregiudizio alla salute, il giudice, se non deve pronunciare sentenza di proscioglimento e salvo quanto è stabilito negli articoli 245 e 258, dispone con ordinanza in ogni stato e grado del procedimento di merito la sospensione del procedimento. In tal caso informa, ove occorra, l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sull'assistenza psichiatrica. Per gli accertamenti necessari il giudice può anche ordinare una visita medica. »;

c) al terzo comma le parole: « la predetta capacità » sono sostituite dalle altre: « la salute psichica ».

Art. 12.

(*Modifica dell'articolo 245 del codice di procedura penale*)

Nel secondo comma dell'articolo 245 del codice di procedura penale, dopo la parola: « infermità » sono inserite le altre: « fisica o psichica ».

Art. 13.

(*Modifica dell'articolo 247 del codice di procedura penale*)

Nell'articolo 247 del codice di procedura penale, dopo la parola: « salute » sono inserite le altre: « fisica o psichica ».

Art. 14.

(*Modifica dell'articolo 258 del codice di procedura penale*)

L'articolo 258 del codice di procedura penale è sostituito dal seguente:

« Art. 258. - (*Provvedimenti riguardanti gli infermi di mente*). — Salvo quanto disposto nell'articolo 88, gli ordini ed i mandati di arresto, di comparizione, di accompagnamento e di cattura, emessi nei confronti di imputati sofferenti di disturbi psichici, sono eseguiti in modo da non arrecare pregiudizio alla salute del soggetto che vi è sottoposto.

Se il soggetto è affetto da infermità psichica in grado tale da non poter essere condotto in carcere, il procuratore della Repubblica o il giudice ordinano la custodia dell'imputato nel luogo in cui si trova per mezzo degli agenti della forza pubblica, ovvero il ricovero dell'imputato in un pubblico ospedale sotto la medesima custodia, se appare necessaria, fino a che le condizioni di salute dell'imputato siano tali da permetterne il trasferimento in carcere. In ogni caso si osservano le norme sull'assistenza psichiatrica ».

Art. 15.

(*Modifica dell'articolo 314 del codice di procedura penale*)

Nel secondo comma dell'articolo 314 del codice di procedura penale sono abrogate le parole: « indipendenti da cause patologiche ».

Art. 16.

(*Abrogazione dell'articolo 318 del codice di procedura penale*)

È abrogato l'articolo 318 del codice di procedura penale.

Art. 17.

(*Modifica dell'articolo 455 del codice di procedura penale*)

Nel secondo comma dell'articolo 455 del codice di procedura penale sono abrogate le parole: « risultano gravi e fondati indirizzi, che rendono necessaria un'indagine sullo stato di mente dell'imputato, ovvero se ».

Art. 18.

(*Modifiche dell'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354*)

Nel quinto comma dell'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354, dopo le parole: « sanità mentale » sono aggiunte le seguenti: « I soggetti sofferenti di disturbi psichici che si trovino in stato di detenzione per custodia preventiva o per espiazione di pena, hanno diritto di ricevere in carcere le cure mediche e l'assistenza psichiatrica necessaria per il recupero della salute ed a scopo di riabilitazione.

Per i soggetti sofferenti di gravi disturbi psichici, condannati a pene detentive superiori ai due anni, il Ministro di grazia e giustizia organizza, con suo decreto, su basi territoriali regionali una o più sezioni carcerarie, ognuna delle quali ha capienza non superiore a 15-20 detenuti, opportunamente attrezzate per la costituzione del gruppo terapeutico, provvedendo di intesa con i competenti organi della regione e con i servizi psichiatrici territoriali.

Le direzioni degli istituti carcerari sono tenute a segnalare ai centri medici e di assistenza sociale regionale competenti coloro che, liberati dal carcere, siano ancora bisognevoli di cure e di assistenza ».

Art. 19.

(*Inserimento dell'articolo* 13-bis *nella legge 26 luglio 1975, n. 354*)

Dopo l'articolo 13 della legge 26 luglio 1975, n. 354, è inserito il seguente:

« Art. 13-*bis*. - (*Piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica per detenuti infermi di mente*). — All'inizio dell'esecuzione della pena detentiva per i detenuti malati di mente viene elaborato un apposito piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica, a cui viene data attuazione nel corso della esecuzione, finchè occorra.

I servizi psichiatrici territoriali del luogo in cui viene eseguita la pena sono tenuti a prestare ai detenuti infermi di mente l'assistenza medico-psichiatrica di cui abbisognano.

In conformità con le norme sul servizio sanitario nazionale il detenuto infermo di mente, sotto il controllo del giudice di sorveglianza ed in accordo con questo, sceglie il medico dell'unità sanitaria locale, cui affida la cura della sua salute psichica. Il detenuto può chiedere l'assistenza anche di un medico di fiducia. In tal caso le cure vengono concordate tra i due medici.

Il medico dell'unità sanitaria locale dopo aver compiuto sul detenuto gli accertamenti medici necessari elabora il piano di assistenza medico-psichiatrica che, in conformità con i princìpi sanciti in materia di assistenza psichiatrica dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, ritiene maggiormente idoneo alla cura ed alla riabilitazione del malato. Il piano è redatto per iscritto ed è corredato da una relazione esplicativa pure scritta e motivata.

Il piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica viene sottoposto al controllo del giudice di sorveglianza. Questi, dopo

aver ottenuto il consenso del detenuto, dichiara il piano di cura esecutivo e prende, ove occorra, i provvedimenti che ne rendano possibile l'attuazione.

In accordo con il giudice di sorveglianza e con il detenuto, il medico dell'unità sanitaria locale che ha redatto il piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica provvede per la parte medica a darvi attuazione, segue il detenuto quale suo paziente e controlla l'evoluzione della terapia. Periodicamente, in ogni caso per lassi di tempo non superiori a novanta giorni, riferisce al giudice di sorveglianza. Con relazione scritta espone la valutazione clinica sull'andamento delle cure prestate ed ove occorra propone, motivando, modifiche ed integrazioni al piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica.

È obbligo degli organi penitenziari provvedere affinchè per ogni infermo di mente sottoposto ad esecuzione di pena detentiva sia elaborato un adeguato piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica a tutela della sua salute psichica ed a scopo riabilitativo; è diritto di ogni detenuto malato di mente ottenere l'elaborazione e l'attuazione di detto piano in conformità con le esigenze della propria salute psichica.

Il trattamento penitenziario di cui all'articolo 13 viene attuato nei confronti dei detenuti malati di mente, tenute in debito conto le esigenze della terapia medico-psichiatrica ».

Art. 20.

(*Inserimento dell'articolo 14-*bis *nella legge 26 luglio 1975, n. 354*)

Dopo l'articolo 14 della legge 26 luglio 1975, n. 354, è inserito il seguente:

« Art. 14-*bis*. - (*Assegnazione dei detenuti infermi di mente alle sezioni carcerarie regionali all'uopo attrezzate*). — Alle sezioni carcerarie regionali sono assegnati per la espiazione della pena i soggetti condannati a pena detentiva superiore a due anni che per il tipo ed il grado di malattia psichica di cui sono affetti non possono ricevere in

carcere cure adeguate. In via del tutto eccezionale a queste sezioni possono venire assegnati anche gli imputati sottoposti a custodia preventiva, allorquando a causa della precarietà del loro stato psichico deriverebbero dalla custodia carceraria grave pregiudizio alla salute.

Per l'espiazione della pena i condannati sofferenti di gravi disturbi psichici vengono assegnati alle sezioni carcerarie all'uopo appositamente attrezzate preferibilmente nella regione in cui è situato il luogo della loro residenza, oppure ove si trova il luogo più idoneo alle cure ed all'assistenza medico-psichiatrica che devono venire loro prestate, nonchè alla riabilitazione della malattia, oppure ove è il luogo che offre loro maggiori possibilità di reinserimento sociale. Si evita di assegnarli alle sezioni carcerarie della regione ove è situato il luogo in cui ricevono spinte criminogene o in cui l'ambiente è loro ostile a causa del reato commesso ».

Art. 21.

(*Inserimento degli articoli 55*-bis *e 55*-ter *nella legge 26 luglio 1975, n. 354*)

Dopo l'articolo 55 della legge 26 luglio 1975, n. 354, sono inseriti i seguenti:

« Art. 55-*bis*. - (*Applicazione delle misure alternative alla detenzione ai detenuti infermi di mente*). — Nei confronti dei condannati malati di mente sono applicabili le misure alternative alla detenzione che vengono loro concesse e revocate allorquando si verifichino le condizioni previste negli articoli 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54 e 55. Anche nel corso delle esecuzioni delle misure alternative alla detenzione i condannati sofferenti di disturbi psichici devono sottoporsi alle cure ed alle prescrizioni disposte dal medico nel piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica. Il sottrarsi alle cure ed ai controlli medici, senza giustificato motivo, comporta la revoca della misura alternativa applicata ».

« Art. 55-*ter*. - (*Sospensione condizionale dell'esecuzione della pena detentiva nei confronti di detenuti infermi di mente a scopi*

di terapia psichiatrica e di riadattamento sociale). — In ogni tempo, nei confronti di condannati a pena detentiva superiore a due anni infermi di mente, può venir disposta a scopi di terapia psichiatrica e di riadattamento sociale la sospensione condizionale dell'esecuzione della pena detentiva inflitta per il tempo che si ritiene necessario all'attuazione dei fini menzionati. Il provvedimento è adottato in seguito all'osservazione della personalità del condannato ed allorquando vi sia motivo di ritenere che le prescrizioni di cui al comma successivo siano sufficienti per la rieducazione del reo e per prevenire il pericolo che egli compia reati.

Durante il tempo in cui l'esecuzione della pena detentiva rimane sospesa condizionalmente, il condannato è sottoposto al regime della semilibertà o della libertà vigilata. Il condannato inoltre deve sottoporsi alle cure ed ai controlli medici prescritti nel piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica. La violazione degli obblighi imposti determina la revoca del beneficio.

Successivamente, l'esecuzione della pena detentiva può venire ancora sospesa condizionalmente se la misura si presenti necessaria a fini di terapia psichiatrica e di riadattamento sociale e se il condannato per i progressi compiuti nel corso dell'esecuzione fa ritenere di essere in condizione di beneficiare della misura alternativa.

I periodi in cui l'esecuzione della pena detentiva è stata sospesa condizionalmente vengono computati come pena scontata ».