SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 177)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori GROSSI, GOZZINI, TEDESCO TATO', SALVATO, BENEDETTI, ROSSANDA, ONGARO, BASAGLIA, FLAMIGNI, IMBRIACO, VOLPONI, CALI', MERIGGI, RANALLI, BELLAFIORE, BONAZZI, ALBERTI e MARTORELLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 SETTEMBRE 1983

Imputabilità del malato di mente autore di reato e trattamento penitenziario del medesimo. Abrogazione della legislazione speciale per infermi e seminfermi di mente

ONOREVOLI SENATORI. — Dal secolo scorso ad oggi la psichiatria ha conosciuto una notevole evoluzione dovuta principalmente all'abbandono della concezione organicistica e biologica della malattia mentale. Nuove conoscenze nel campo della psicologia, della psicoanalisi, della sociologia, dello studio dell'individuo nei suoi rapporti con la società hanno prodotto una ridefinizione dello stato di malattia psichica ed una diversa concezione di essa.

Ai giorni nostri, 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 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, ma i princìpi fissati in detta legislazione non sono conciliabili nè coordinabili con la normativa che i codici generali e di procedura penale e la legislazione penitenziaria — rimasti legati al vecchio indirizzo della psichitaria biologica — dedicano ai soggetti che in stato di malattia di mente commettono reati.

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 va-

TIPOGRAFIA DEL SENATO (1600) — 2-3-4

lidità 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.

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 decorso 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 dell'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 lo stesso metro il legislatore non ha provveduto per i malati di mente. Questi infatti, se commettono reati medi o 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*. 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 viceversa bisogno in sede penitenziaria, per fini terapeutici (curativi o riabilitativi) e di riadattamento sociale, di benefici maggiori e di più accurata assistenza.

La situazione del tutto inadeguata in cui oggi negli ospedali psichiatrici giudiziari 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, alludo-

no 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 (confrontare pag. 31 della sentenza n. 139 del 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.

La normativa proposta fa perno sull'abolizione della nozione dell'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 dell'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 dell'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 dell'incapacità di intendere e di volere del malato di mente: la malattia di mente è catalogata tra le cause di giustificazione (articolo 26, numero 1).

Nel codice penale entrato in vigore nel 1975 nella Repubblica federale di Germania il vecchio concetto dell'incapacità di intendere e di volere è stato sostituito con la nozione di « incapacità di colpevolezza ».

Tale soluzione incontra notevoli difficoltà nella sua pratica attuazione proprio per l'indeterminatezza (o non possibile determinabilità) di quadri nosologici certi e comparabili nella malattia mentale e pertanto tale soluzione non sembra consigliabile. L'esperienza tedesca dimostra che il coordinamento della legislazione penale con l'evoluzione della moderna psichiatria esige interventi legislativi più profondamente innovativi.

Negli Stati Uniti d'America, dopo la riforma psichiatrica del 1963, si è manifestata una chiara opposizione da parte della dottrina penale alla conservazione dell'incapacità di intendere e di volere del malato di mente. Le argomentazioni a questo fine più rilevanti della dottrina nordamericana 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.

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 pas-

sionale. Soggetti questi che, a norma della legislazione penale vigente (articoli 90, 92, 93 e 94 del 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 dispongono, 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 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 a 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 annullare gli sforzi che la 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 scientificamente superate (e scarsamente democratiche) dei rapporti tra singolo e società.

La definizione di incapacità di intendere e di volere è, dal punto di vista scientifico, del tutto inattendibile; non solo per l'indimostrabilità di tale stato, ma nel fondato dubbio che tale situazione clinica esista veramente.

La psichiatria e con essa la perizia psichiatrica non sono idonee, in questo caso, a soddisfare le esigenze del giudice, il quale avrebbe bisogno di un sapere specialistico in grado di definire attraverso il racconto o la ricostruzione mnemonica di testi uno stato patologico trascorso, attribuirgli precisi effetti a quel momento e predirne la futura pericolosità. Un sapere di cui il perito psichiatra non dispone e che, nel caso della commissione di un reato, attiene più al mondo del diritto che non a quello di cui il perito è specialista.

Parimenti all'incapacità di intendere e di volere del reo sofferente di disturbi psichici, infatti, 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 indefinibile ed imprevedibile 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.

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.

A norma della legislazione penitenziaria del 1975, si deve ritenere che il carcere sia dotato delle strutture idonee a dare adeguata risposta alle necessità di vita ed alle esigenze della personalità di ogni singolo detenuto.

La pena detentiva, in particolare, ha assunto 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 ristrutturazione dell'ambiente in cui viene eseguita la pena detentiva ed i rinnovati criteri di ordine che devono 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 l'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 l'esecuzione chiusa, sostituendovi forme di esecuzione aperta e semiaperta, e ciò per superare quanto prima possibile gli effetti collaterali nocivi della reclusione.

Dovendosi reputare la pena detentiva non più un castigo di natura retributiva, ma un mezzo stnazionatorio di natura speciale preventiva, che persegue quali suoi fini principali la rieducazione e la risocializzazione del condannato, non c'è motivo, almeno in linea di principio, di sottrarre il malato di mente autore di reato all'ambiente carcerario.

La normativa proposta nel presente disegno di legge è stata elaborata intorno a tre criteri direttivi:

1) abrogazione della legislazione penale speciale per malati di mente (articoli da 1 a 10);

2) parificazione agli effetti giuridici, della malattia di mente alla malattia fisica (articoli da 11 a 17);

3) tutela della salute del condannato (articoli da 18 a 21).

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, disponendo:

1) che il carcere sia attrezzato con le strutture sanitarie idonee alla cura dei disturbi psichici dei detenuti (art. 18);

2) che per la pratica delle cure e delle terapie riabilitative medico-psichiatriche gli organi penitenziari richiedano la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali (art. 19).

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 (art. 18). Le sezioni carcerarie regionali appositamente attrezzate per l'esecuzione di pene detentive di lunga durata inflitte a soggetti infermi 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 (art. 20).

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 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 (art. 19). 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 della 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 fra i due medici. Il piano di cura viene sopposto alla approvazione del giudice di sorveglianza che, dopo aver 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.

Nella normativa processuale proposta risulta 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.

Non si può continuare ad ignorare che al medico psichiatra viene richiesto di certificare l'esistenza di situazioni cliniche che non hanno alcun fondamento scientifico e nessuna certezza valutativa, neanche empirica, a cui la giustizia penale possa omologare un giudizio uniforme.

Alcune recenti perizie psichiatriche su camorristi, terroristi, mafiosi, tra cui le più celebri sono quelle relative al caso Cutolo ed al caso Semerari, hanno suscitato indignazione e meraviglia; ma maggiore indignazione e meraviglia dovrebbe suscitare il fatto che esse sono, nella vigente legislazione, normali e valide dal momento che, per il tipo di quesiti e per il ruolo che ad essi viene attribuito, il giudizio del perito

non può che essere arbitrario ed un eventuale dolo, perciò, indimostrabile.

Onorevoli senatori, la distanza che si è andata accumulando tra il progresso del sapere nel campo della psichiatria e dei comportamenti sociali e la staticità della legislazione speciale per i malati di mente deve essere colmata al più presto. Essa è causa di ingiustizia, di sofferenze umane, di incongruenze giuridiche ed anche di inadempienze costituzionali, come la stessa Corte costituzionale ha riconosciuto invitando il Parlamento a provvedere in sede legislativa.

Il presente disegno di legge, nel proporre il coordinamento del codice penale, del codice di procedura penale e della legge penitenziaria con i princìpi sanciti in materia di malattie mentali dalla legge di riforma sanitaria, intende provvedere al superamento di quei ritardi, di quelle ingiustizie e di quelle contraddizioni.

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 soppresso.

Art. 2.

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

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

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.

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

L'articolo 148 del codice penale è soppresso.

Art. 5.

(*Modifiche dell'articolo 204 del codice penale*)

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

Al terzo comma del medesimo articolo sono soppresse 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 soppresse le parole: « o l'infermo di mente ».

Art. 7.

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

È soppresso 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 soppresse le parole: « di infermità psichica o ».

Art. 9.

(*Soppressione dell'articolo 222 del codice penale*)

L'articolo 222 del codice penale è soppresso.

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 ge-

nitori o a coloro che abbiano obbligo di provvedere alla sua educazione o assistenza, ovvero ad istituti di assistenza sociale ».

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.

(*Modifiche 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.

(*Modifiche 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 soppresse le parole: « indipendenti da cause patologiche ».

Art. 16.

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

È soppresso 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 soppresse le parole: « risultano gravi e fondati indizi che rendono neecssaria un'indagine sullo stato di mente dell'imputato, ovvero se » e le altre: « nell'uno e nell'altro caso ».

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 d'intesa con i competenti organi della regione e con i servizi psichiatrici territoriali.

Le direzioni degli istituti carcerari sono tenute a segnalare a 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 in-*

fermi di mente). — All'inizio della 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 deriverebbe 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 del-

la 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 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 scopo di terapia psichiatrica e di riadattamento sociale*). — In ogni tempo, nei confronti dei condannati a pena detentiva superiore a due anni infermi di mente, può venir disposta a scopo 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 rie-

ducazione 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 faccia 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 ».