



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori PORETTI e PERDUCA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 3 AGOSTO 2011 ^(*)

Norme in materia di imputabilità e abolizione
degli ospedali psichiatrici giudiziari

^(*) *Testo non rivisto dal presentatore.*

ONOREVOLI SENATORI. - «Il carcere nuoce gravemente alla salute»: questa scritta, su una maglietta di un internato, racchiude il senso e la proposta del presente disegno di legge per l'abolizione degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e la revisione degli articoli del codice penale in merito alla non imputabilità.

L'Ospedale psichiatrico giudiziario è ciò che una volta si chiamava manicomio criminale, cambiato nel nome ma sopravvissuto indenne alla legge Basaglia che ha chiuso i manicomi civili. Fa parte dell'amministrazione penitenziaria e fino al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, anche il personale medico e sanitario dipendeva dal ministero della Giustizia.

All'interno dei 6 Opg sono ospiti dai 1.200 ai 1.500 tra internati e detenuti, i cosiddetti «folli rei» e i «rei folli». A questi istituti vengono infatti assegnati:

- gli internati prosciolti per infermità mentale (articolo 89 e seguenti del codice penale) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (articolo 222 del codice penale);

- i detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (articolo 219 del codice penale);

- le persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (articolo 206 del codice penale);

- i detenuti minorati psichici (articolo 111 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000 n. 230 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);

- i detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (articolo 318 del codice di procedura penale);

- gli internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (articolo 212 del codice penale);

- i detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (articolo 148 del codice penale);

- i detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (articolo 112 comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, recante il nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

In Italia, in caso di reato, se vi sia sospetto di malattia mentale, il giudice ordina una perizia psichiatrica; se questa si conclude con un giudizio di incapacità di intendere e di volere dell'imputato lo si proscioglie senza giudizio, senza dibattimento e, se riconosciuto pericoloso socialmente, lo si avvia a un ospedale psichiatrico giudiziario (articolo 88 del codice penale) per definiti/indefiniti periodi in relazione alla pericolosità sociale.

Anche se positive modificazioni sono state introdotte dal nuovo codice di procedura penale nel 1989, la sequenza descritta è tuttora automatizzata: reato apparentemente incongruo - malattia-mentale incapacità - non imputabilità - proscioglimento - pericolosità sociale - manicomio criminale.

Quando un imputato viene prosciolto e non condannato ad alcuna pena, si fa preva-

lere lo stato e quindi si suppone la priorità della cura. Ma se al contempo viene riconosciuto pericoloso socialmente, in automatico (nonostante sentenze della Corte costituzionale dicano il contrario) lo si invia all'Ospedale psichiatrico giudiziario a scontare una misura di sicurezza da 2, 5 o 10 anni a seconda del reato iniziale e che può essere revocata - o più facilmente prorogata - dalla magistratura di sorveglianza che si basa sulle perizie psichiatriche.

Tra il prevalere della malattia (con nessuna condanna) - e quindi della cura - ed il prevalere della sicurezza sociale della società (da una persona ritenuta pericolosa) prevale quest'ultimo aspetto: l'invio in carcere (Opg) ne è la testimonianza. Eccezione fatta per Castiglione delle Stiviere, gli altri 5 Opg sono infatti carceri a tutti gli effetti, con le regole e la vita penitenziaria, gli agenti: nei casi di Secondigliano e Reggio Emilia sono situati anche all'interno di penitenziari.

La legge 13 maggio 1978, n. 180, partiva dal presupposto che l'istituzionalizzazione creava la malattia e non la rendeva curabile. Il trattamento sanitario obbligatorio diventava una eccezione, solo per salvaguardare la vita del paziente o il rischio per altri, ma comunque una eccezione. L'accettazione della cura era invece il primo passo per affrontare la malattia, che passa dalla responsabilizzazione del paziente. Gli Opg e i due articoli del codice penale sono il «buco nero» della legge Basaglia: uomini e donne condannate a scontare delle pene indefinite nella durata e scollegate dal reato, senza che sia stata pronunciata alcuna condanna e quindi senza che siano stati riconosciuti colpevoli, perché appunto prosciolti.

All'interno degli Opg la cura diventa quasi un miraggio. Carenze di personale psichiatrico in particolare e medico e sanitario in generale, abbinate al sovraffollamento, creano luoghi in cui le gabbie sono anche chimiche. In alcuni casi i pazienti più che curati sono anestetizzati con psicofarmaci.

In alcuni casi sono legati ai letti di contenimento dai sanitari in stanze-celle: la loro disponibilità è nelle mani e nelle chiavi della polizia penitenziaria, ma in altri casi essi sono lasciati a dormire per intere giornate per effetto dei farmaci. Sono queste le gabbie chimiche. In altri casi, sono lasciati senza alcuna cura farmacologica, né tantomeno assistenza psichiatrica o psicologica.

Se il carcere viene definito come la discarica sociale della società, gli Opg sono la discarica della discarica. Si tratta di internati che in molti casi nessuno rivuole indietro: alle spalle vi sono famiglie che non sono state in grado di gestire la malattia e il disagio mentale, spesso doppie diagnosi di malattia mentale e tossicodipendenza e/o alcool-dipendenza. Si tratta di famiglie che, in alcuni casi, sono stati il luogo del reato. Vi sono luoghi di residenza e servizi sul territorio incapaci di prevenire, prima, e di prendersi in carico il paziente, poi, con comunità o altre soluzioni.

Gli Opg sono istituzioni in aperta contraddizione con la legge Basaglia, per gli internati: essa richiede di responsabilizzare il malato, e anche il reo, con una condanna che non sia finalizzata al carcere, ma alla riabilitazione e al reinserimento nella società, come è il fine previsto dalla nostra Costituzione. Quale logica e quale razionalità infatti può esserci nel fare scontare anni e anni di carcere a persone che non avrebbero fatto un giorno di galera per un reato se non fossero stati prosciolti, ma condannati? Quale follia giuridica può portare a far scontare 20 anni di carcere a un uomo che è stato trovato vestito da donna davanti ad una scuola? E perché - per una rapina «a mano» armata (nel senso di una mano camuffata da pistola in una tasca di un giubbotto) di 7 mila lire - un uomo giudicato incapace, dopo più di venti anni, è ancora in carcere e i suoi complici «fuori» nel giro di pochi mesi?

Il carcere nuoce gravemente alla salute, recitava allora la maglietta di quell'internato. L'ironia in alcuni casi può salvare dalla di-

sperazione. Ma come legislatori, operatori sanitari e più in generali cittadini non possiamo tollerare l'esistenza della follia giuridica e sanitaria degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Nei manicomi criminali, nonostante il loro passaggio alla Sanità e alle Asl, è infatti il ruolo del medico che cambia: non è più libero di concentrarsi sulle necessità e i bisogni del paziente, ma è mosso dal dovere verso terze parti, per il controllo del «paziente» stesso. La priorità non è più verso il paziente, ma verso la società che glielo ha consegnato e che vuole essere protetta.

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008 si era pensato al superamento di fatto di questi istituti grazie al passaggio della sanità penitenziaria – dalle dipendenze del ministero di Giustizia – al Servizio sanitario nazionale. Si era scadenza una tempistica anche in merito agli Opg in tre tappe affinché gli internati fossero presi in carico dai Dipartimenti di salute mentale di residenza attraverso programmi individualizzati.

Le Linee di indirizzo di cui all'Allegato C al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, a questo proposito, recitano: «L'ambito territoriale costituisce, dunque, la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone. Il principio del reinserimento sociale, sancito nell'articolo 27 della Costituzione, per coloro che, autori di reato, sono stati prosciolti per infermità mentale e ricoverati in OPG può e deve essere garantito attraverso la cura, che ne è fondamentale presupposto, e l'azione integrata dei servizi sociosanitari territoriali».

Entro l'aprile 2011 doveva concludersi la terza fase delle citate Linee di indirizzo che

prevedevano «la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115 c. 1 D.P.R. 230/2000». A questo scopo, attraverso Commissioni specialistiche, incaricate dalle ASL competenti, era necessario dare avvio, al più presto e attraverso strumenti clinici validati di *assessment*, alla rivalutazione sanitaria specialistica dei singoli casi, uno ad uno, finalizzata alla elaborazione di un progetto riabilitativo individuale di recupero psicosociale, dettagliato per tempi, luoghi, tipologie di intervento ed obiettivi perseguibili, così da agevolare i dipartimenti di salute mentale di provenienza, nella individuazione delle strutture territoriali psichiatriche idonee al rientro di ciascun paziente.

Nel corso di questa legislatura la Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale ha aperto una indagine sull'assistenza territoriale ai malati psichiatrici e nel corso di sopralluoghi a luglio 2010 ha visitato i primi due Ospedali psichiatrici giudiziari: Barcellona Pozzo di Gotto in Sicilia e Aversa in Campania. Sono carceri in cui i detenuti sono malati mentali, tecnicamente internati, che scontano pene senza limiti e – quel che è peggio – senza cura e assistenza. Da quel momento l'attenzione della commissione si è concentrata su queste istituzioni giudicandole assolutamente intollerabili con uno Stato di diritto e civile. Ha quindi effettuato un primo sopralluogo nelle altre 4 realtà: Montelupo Fiorentino, Secondigliano, Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere (unico con reparto femminile e unico completamente sanitarizzato). Al primo giro di ispezioni – sempre realizzate a sorpresa – ne è seguito un secondo, dove avvalendosi dei poteri giudiziari

speciali riconosciuti dalla Costituzione, ha filmato e raccolto prove documentali della realtà dei 6 Opg. Il video è poi stato reso pubblico e per la prima volta nella storia della Repubblica una commissione parlamentare ha utilizzato questo strumento di diffusione dei propri atti (<http://webtv.senato.it/webtv/291151/291198/337267/wtvpagina.htm>). Nel corso di numerose audizioni e di richieste di documentazione ha anche acquisito dati sui cosiddetti «dimissibili», ossia non più ritenuti pericolosi socialmente. A marzo 2011 vi erano 389 «internati» che non venivano rilasciati, ostaggi di un sistema e di una istituzione che non riusciva, voleva o poteva liberarsene. Li abbiamo monitorati e sollecitati caso per caso, trovato i soldi per realizzare progetti di recupero da parte delle loro Asl di residenza e solo 188 sono usciti a distanza di 3 mesi.

Dalla denuncia di queste realtà e della mancata presa in carico del sistema sanitario, la commissione ha deciso di utilizzare tutti i poteri per risolvere questa vera e propria follia.

«Estremo orrore dei residui manicomiali, inconcepibile nei Paesi civili», queste le parole del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano con cui – da ultimo nell'intervento svolto nella Conferenza Giustizia! svoltasi nella sala Zuccari di palazzo Giustiniani il 28 luglio 2011 – ha riconosciuto alla Commissione il merito della messa in mora dell'istituto Opg.

Un passo fattivo finalmente verso la loro definitiva chiusura.

Per una volta le istituzioni – davanti alla palese violazione dei diritti umani, alla negazione del diritto alla salute e alla non attuazione del principio costituzionale che prevede la pena tendente alla rieducazione hanno sentito il dovere di intervenire.

Per la prima volta, infatti, nel pieno rispetto dei poteri conferiti dalla Costituzione all'articolo 82 e pari alla magistratura, a luglio 2011 sono stati notificati dei provvedimenti giudiziari emessi dalla commissione

stessa. Provvedimenti inappellabili verso i quali può essere sollevato un conflitto di poteri alla Consulta solo dalla magistratura o dal Governo.

In particolare sono stati posti sotto sequestro due reparti: uno riguardante 21 celle all'Opg di Montelupo Fiorentino (Firenze) e l'altro a Barcellona Pozzo di Gotto (Messina) per deficienze strutturali, igienico-sanitarie e clinico-assistenziali. Si tratta di locali sequestrati con ordine di sgombero a 30 giorni; c'è anche l'ordine di sequestro e sgombero immediato delle due stanze di contenzione perché non nella disponibilità dei medici, ma degli agenti penitenziari. Per Montelupo si danno 15 giorni per l'adeguamento alla normativa antincendio (incredibilmente l'edificio ristrutturato e aperto 4 anni fa non ha un sistema antincendio!). Ad entrambi vengono dati 180 giorni per adeguarsi alla normativa nazionale e regionale in merito ai requisiti minimi per le strutture riabilitative psichiatriche. In caso di inottemperanza delle disposizioni si dispone il sequestro dell'intera struttura.

Nella relazione conclusiva approvata all'unanimità vengono tracciate e auspiccate delle riforme per cercare di superare l'attuale situazione anche di tipo legislativo, fino a spingersi nell'ultimo punto a rimettere in discussione l'istituto della non imputabilità. «La Commissione ritiene peraltro che le modificazioni dianzi auspiccate debbano costituire soltanto il primo passo – da muovere quanto prima, anche con il ricorso a strumenti legislativi di urgenza – verso la successiva abolizione dell'istituto della non imputabilità. Trattandosi di un intervento che inciderebbe sino alle radici l'impostazione del Codice penale attualmente vigente, non si può in questa sede che evocarlo, senza comunque rinunciare ad indicarlo quale approdo necessario.»

Questo disegno di legge traduce l'evocazione in proposta e riprende quello presentato nel lontano 1983 dal senatore Grossi quale primo firmatario (atto Senato n. 177,

IX legislatura) e ripresentato quindi dall'on. Corleone (atto Camera n. 151, XIII legislatura).

A sostegno prendiamo a prestito di Giuseppe Dell'Acqua *Alcuni appunti per la soppressione del manicomio criminale* Trieste maggio 1998: «La malattia mentale non deve più ritenersi idonea a esimere dalla responsabilità soggettiva per il fatto commesso; l'autore deve avere la garanzia di stare in giudizio; in caso di condanna la pena deve essere espiata in apposite strutture adeguate alla situazione di salute del condannato. Noi aggiungiamo in rapporto costante e programmato con i servizi di salute mentale di quel territorio.

Responsabilmente diciamo che il folle di norma è capace di intendere e di volere e pertanto deve restare in giudizio. Vogliamo così sottolineare tanto la sua responsabilità individuale, quanto illuminare i contesti, la storia collettiva di violenze e di abbandoni, i passaggi istituzionali, la ricerca del significato e delle ragioni dei comportamenti proprio nelle relazioni. Non per volontà di escludere e punire il colpevole ma perché si possa includere, riconoscere, riappropriarsi delle realtà, anche le più estreme, che ci circondano.

Nella nostra esperienza abbiamo valutato quanto la possibilità di stare in giudizio e la conseguente sanzione (alla quale non necessariamente deve seguire la detenzione) abbia prodotto percorsi di riappropriazione e di consapevolezza dell'evento, in definitiva terapeutici. Sembra liberatorio alla fine che una porta si possa chiudere alle nostre spalle (anche quella del carcere) e lasciarci finalmente soli a ripensare ai passaggi della nostra esistenza estrema nella sua tragicità.

In realtà la «condanna esemplare», ovvero la sanzione e la successiva sospensione della pena, può essere la soluzione nella maggioranza delle situazioni di cui in genere ci occupiamo. La società non ha interesse che l'autore di reati minimi, banali, quotidiani scontasse una qualsiasi pena, ma conserva la ne-

cessità di sanzionare questi comportamenti facendo seguire alla sanzione una giusta quanto simbolica e rituale retribuzione.

Il limite del discorso sembra così spostarsi verso l'esecuzione della pena in conflitto con la necessità di cura per una presunta intenzione punitiva da parte di chi propone questi percorsi. Nella nostra esperienza proprio questo aspetto abbiamo messo a fuoco, analizzato e cercato con fatica strategie alternative di intervento. Oggi non un solo cittadino di Trieste è internato in ospedale psichiatrico giudiziario, malgrado reati gravi e gravissimi per mano di persone affette da disturbo mentale siano comunque accaduti nella nostra città. Pensiamo che l'uso critico della perizia, il lavoro in carcere, la vicinanza con i magistrati nel corso delle indagini assieme all'autore del reato abbiano prodotto notevoli ed evidenti cambiamenti di percorso. Naturalmente è la presenza del servizio di salute mentale, capace di incontrare le persone e i conflitti senza pre-selezioni e in aree di riferimento delimitate, che produce quella «presa in carico» che di per sé diventa critica della pericolosità sociale e del rischio di percorsi istituzionali invalidanti e alla fine alla richiesta di sanzioni e misure di sicurezza. Esiste una specularità tra mancanza di servizi, di relazioni, di capacità di ascoltare e anomia, solitudine, conflitto, rischio.

Dal 1978 appositi accordi col Ministero di grazia e giustizia conducono gli operatori del servizio di salute mentale di Trieste in carcere a salvaguardia del diritto alla cura del detenuto e della continuità terapeutica per il detenuto già malato di mente. Già oggi nella pratica è possibile non discriminare la possibilità di cura, il luogo della cura e la qualità della stessa per il cittadino detenuto. Spesso il servizio di salute mentale, il centro di salute mentale 24 ore, si è offerto come luogo di cura in corso di custodia cautelare e in attesa della fine del procedimento giudiziario. In alcuni casi modalità di alternativa alla detenzione per il detenuto al termine dei tre gradi di giudizio sono stati concordati dal

servizio con i magistrati di sorveglianza e le autorità carcerarie. La persona che abbia commesso un reato grave e che presenti severi problemi psichiatrici, laddove tale condizione sia incompatibile con la detenzione, viene trattato, secondo un progetto terapeutico riabilitativo articolato e per un periodo di tempo prestabilito, ovvero fino al raggiungimento di un equilibrio psichico adeguato all'interno del centro di salute mentale 24 ore o di strutture residenziali comunitarie in regime di detenzione domiciliare, di libertà vigilata o di sospensione della pena.

In ogni caso le misure alternative alla detenzione e tutte le modalità di flessibilizzazione del regime detentivo (visite, lavoro in carcere, corsi di formazione) costituiscono un canale preferenziale attraverso il quale i servizi di salute mentale col magistrato di sorveglianza e con la direzione e gli operatori del carcere cercano di trattenere nel tessuto sociale (e cittadino) la persona che deve scontare una pena».

«Lo Stato deve occuparsi dei cittadini per ciò che fanno o per ciò che sono?» (M. Foucault).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

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

«Art. 88. - (*Vizio totale di mente*). - L'infermità psichica non esclude, né diminuisce l'imputabilità».

2. L'articolo 89 del codice penale è abrogato.

Art. 2.

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

Art. 3.

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

Art. 4.

1. L'articolo 148 del codice penale è abrogato.

Art. 5.

1. Il primo comma dell'articolo 206 del codice penale è sostituito dal seguente:

«Nel corso del procedimento penale, il giudice può disporre che il minore di età o l'ubriaco abituale o la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, o in stato di cronica

intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati rispettivamente in un riformatorio, in una casa di cura e di custodia o in una struttura autorizzata ad applicare un programma terapeutico di recupero».

Art. 6.

1. Il secondo comma dell'articolo 212 del codice penale è abrogato.

Art. 7.

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

Art. 8.

1. L'articolo 222 del codice penale è abrogato.

Art. 9.

1. 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».

Art. 10.

1. L'articolo 70 del codice di procedura penale è sostituito dal seguente:

«Art. 70. - (*Accertamenti sulla capacità dell'imputato*). - 1. 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 o di non luogo a procedere, 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».

Art. 11.

1. L'articolo 286 del codice di procedura penale è sostituito dal seguente:

«Art. 286. - (*Custodia cautelare in luogo di cura*). - 1. Salva l'applicazione del comma 3 dell'articolo 286-bis, se il soggetto da sottoporre a custodia cautelare è affetto da infermità psichica tale da non poter essere condotto in carcere, il giudice ordina 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 permettere il trasferimento in carcere. In ogni caso si osservano le norme sull'assistenza psichiatrica.».

Art. 12.

1. Al comma 2 dell'articolo 220 del codice di procedura penale le parole: «indipendenti da cause patologiche» sono soppresse.

Art. 13.

1. Dopo il settimo comma dell'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

«I soggetti sofferenti di disturbi psichici, che si trovino in stato di detenzione per custodia cautelare o per espiazione di pena, hanno diritto di ricevere in carcere le cure mediche e l'assistenza psichiatrica necessaria per il recupero della salute a scopo di riabilitazione. Per i soggetti sofferenti di gravi disturbi psichici, condannati a pene detentive superiori a due anni, il Ministro della giustizia organizza, con proprio decreto, su basi territoriali regionali, una o più sezioni carcerarie, ognuna delle quali con capienza non superiore a venti detenuti, opportunamente attrezzate per la costituzione del gruppo terapeutico, provvedendo d'intesa con i competenti organi della regione e con i Dipartimenti di salute mentale territoriali. Le direzioni degli istituti carcerari segnalano ai centri medici e di assistenza sociale regionale competenti coloro che, liberati dal carcere, siano ancora bisognevoli di cure e di assistenza».

Art. 14.

1. 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*). - 1. 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 dell'esecuzione, finché occorra.

2. 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.

3. In conformità con le norme sul servizio sanitario il detenuto infermo di mente, sotto il controllo del giudice di sorveglianza ed in accordo con questo, sceglie il medico dell'azienda sanitaria locale cui affidare 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.

4. Il medico del Dipartimento di salute mentale, dopo aver compiuto sul detenuto gli accertamenti medici necessari, elabora il piano di assistenza medico-psichiatrica che, in conformità con i principi sanciti in materia di assistenza psichiatrica dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, ritiene maggiormente idoneo alla cura ed alla riabilitazione del malato. Il piano è redatto per iscritto ed è corredato da una relazione esplicativa scritta e motivata.

5. 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.

6. In accordo con il giudice di sorveglianza e con il detenuto, il medico del Dipartimento di salute mentale dell'azienda 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, motivandole, modifiche ed integrazioni al piano di cura e di assistenza medicopsichiatrica.

7. È obbligo degli organi penitenziari provvedere affinché per ogni infermo di mente sottoposto ad esecuzione di pena de-

tentiva 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.

8. 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. 15.

1. Dopo l'articolo 14-*quater* della legge 28 luglio 1975, n. 354, è inserito il seguente:

«Art. 14-*quinqüies*. - (*Modalità del trattamento nelle sezioni carcerarie regionali*). -
1. Alle sezioni carcerarie regionali di cui all'ottavo comma dell'articolo 11 sono assegnati per l'espiazione della pena i soggetti condannati a pena detentiva superiore a due anni che per il tipo e il grado di malattia psichica da cui sono affetti non possono ricevere in carcere cure adeguate. In via del tutto eccezionale a queste sezioni possono essere assegnati anche gli imputati sottoposti a custodia preventiva, quando a causa della precarietà del loro stato psichico deriverebbe dalla custodia carceraria grave pregiudizio alla salute.

2. Per l'espiazione della pena i condannati sofferenti di gravi disturbi psichici sono 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, nonché alla riabilitazione della malattia, oppure ove è il luogo che offre loro maggiori possibilità di reinserimento sociale. Non possono essere assegnati alle sezioni carcerarie della regione ove è situato il luogo in cui

l'ambiente è loro ostile a causa del reato commesso».

Art. 16.

1. Dopo l'articolo 55 della legge 26 luglio 1975, n. 354, è inserito il seguente:

«Art. 55-bis. - (*Misure alternative alla detenzione per condannati malati di mente*).
- 1. Nei confronti dei condannati malati di mente sono applicabili le misure alternative alla detenzione che vengono loro concesse e revocate allorquando si verificano le condizioni previste negli articoli 47, 47-ter, 47-quater, 47-quinquies, 47-sexies, 48, 50, 50-bis, 51, 51-bis, 51-ter, 52, 54, 55, 58-ter e 58-quater. Anche nel corso delle misure alternative alla detenzione i condannati sofferenti di disturbi psichici si sottopongono alle cure ed alle prescrizioni disposte dal medico nel piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica. Il fatto di sottrarsi alle cure ed ai controlli medici, senza giustificato motivo, comporta la revoca della misura alternativa applicata».

