

INFERMITÀ MENTALE, PERICOLOSITÀ SOCIALE E MISURE DI SICUREZZA ALLA PROVA DEGLI ANNI DUEMILA

GIANCARLO ZAPPA*, CARLO ALBERTO ROMANO**

SOMMARIO: 1. - La nuova pericolosità sociale e la rilettura dell'art. 203 c.p. - 2. - I presupposti storico-giuridici: la capacità di intendere e di volere, infermità e seminfermità. - 3. - Il superamento dell'o.p.g. e la sua trasformazione. - 4. - Misure di sicurezza per i malati di mente: l'ora della svolta. - 5. - Prospettive evolutive del servizio sanitario nazionale. - 6. - L'analisi di un'esperienza: la revoca della misura di sicurezza dell'o.p.g. a Castiglione delle Stiviere nel quinquennio 1993-1997. - 7. - Una possibile risposta: la misura dell'affidamento terapeutico di tipo psico-sociale.

1. - *La nuova pericolosità sociale*

Il sistema delle misure di sicurezza, così come concepito dal codice Rocco ha ricevuto nel tempo recente fieri colpi: iniziò la Corte Costituzionale con la sentenza 110 del 1974 che sottrasse al Ministro la competenza alla revoca per trasferirla alla magistratura; continuò la Corte con le sentenze 139 del 1982 e 249 del 1983 che cancellarono la pericolosità sociale presunta (cavallo di battaglia del codice Rocco); alla fine arrivò la legge 663 del 1986 che cancellò l'art. 204 del c.p., ponendo fine ad un'epoca.

Attualmente siamo in fase calante e non soltanto sotto il profilo quantitativo; si avvicina la fine del cd. doppio binario che passa attraverso una rivisitazione dell'art. 203 del c.p. e di conseguenza dell'art. 133 del codice stesso.

(*) Già Presidente del tribunale di sorveglianza di Brescia.

(**) Criminologo, Università degli Studi di Brescia.

Rimane ferma la necessità che sia conservato il concetto di pericolosità, intesa come probabilità (e non mera possibilità, come sosteneva esattamente la relazione al codice Rocco) di commissione di nuovi fatti considerati reato.

In altri termini, rimane fissato che la pericolosità sociale non viene riferita a nuove manifestazioni d'attività antisociali, ma soltanto alla previsione di quelle manifestazioni che sono considerate fatti criminosi (rel. min. pag. 252).

Rimane altresì fermo che il reato commesso, pur costituendo indizio importante, non basta di regola a giustificare da solo la suddetta pericolosità, come del resto dimostra il testo dell'art. 133 succitato, secondo cui il giudice al riguardo è munito d'ampi poteri, tanto che «nessuna indagine in pratica sarà vietata» (rel. pag. 153).

Non vi è dubbio infine che la misura di sicurezza deve essere non solo applicata di volta in volta dal giudice, ma continua ad essere un provvedimento amministrativo, privo del carattere di sanzione giuridica criminale.

Si tratta di un istituto non di diritto penale ma amministrativo, come diceva Manzini, avente finalità terapeutiche, educative, correttive (rel. pag. 244).

Quello che cade è il carattere d'istituto «eventualmente concorrentiale» rispetto alla pena, giustificante il doppio binario di cui parlava la relazione (pag. 244).

La novità odierna risiede nel fatto che la pericolosità sociale viene vista esclusivamente quale fondamento della misura di sicurezza per i soli soggetti non imputabili a causa di incapacità di intendere – di volere.

Tutti gli altri, i condannati, trovano nella pena e soltanto nella pena, adeguatamente aumentata, la sanzione della loro pericolosità.

In tale senso viene riletto l'art. 203 attuale, mediante l'espunzione dei casi di non punibilità e di quelli di condanna; la misura di sicurezza per i non imputabili diventa da eccezione la regola. Proprio perché non si tratta di una pena, dovrebbe essere gestita dal servizio sanitario nazionale e non dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, pur sotto la sorveglianza del giudice.

L'art. 48 della proposta Pagliaro sul nuovo codice penale nel 1992 prevedeva per i non imputabili il ricovero in «strut-

tura psichiatrica» o in «struttura terapeutica» (per i cronici intossicati) o la semplice libertà sorvegliata quando sufficiente a prevenire la commissione d'altri reati oppure quando la misura detentiva appaia sproporzionata rispetto al fatto.

La proposta suddetta era generica perché si limitava a prevedere che le strutture sia «giudiziarie che civili» dovevano garantire ove necessario la custodia del soggetto ricoverato.

Era anche previsto l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e la revoca della misura al venir meno di tale pericolosità.

Veniva considerata la semi infermità, prevedendo soltanto una diminuzione della pena.

Quanto al destino dell'o.p.g. come struttura penitenziaria, non si rinvenivano indicazioni neppure nella relazione Pagliaro che al n. 3 del capitolo sulle conseguenze del reato afferma che «l'apparato delle misure di sicurezza, ormai limitato ai soggetti non imputabili, è organizzato in funzione delle esigenze terapeutiche sollecitate dalla causa di inimputabilità».

Il disegno di legge per la riforma del libro 1° c.p. (n. 2038), redatto dal comitato ristretto del Senato nel 1995, all'art. 165 non contemplava misure non detentive per i non imputabili, salvo il divieto di frequentare esercizi pubblici (per i soli cronici intossicati), ma soltanto le misure detentive dell'o.p.g. e quella della casa di cura, a seconda che il reato commesso fosse punito con una pena superiore o inferiore a 10 anni.

L'art. 162 ribadiva però che le misure erano riservate ai soli non imputabili per mancanza della capacità di intendere e volere, così come confermato dalla relazione (cap. XVIII, par. 18.1) che ribadiva la permanenza della misura di sicurezza detentiva tradizionale per tutti i reati, anche quelli di scarso allarme e non prevedeva misure detentive sostitutive.

Per il vero non è senza stupore che nella relazione l'innovazione in questo settore viene definita come «totale» ma con un occhio al fatto di mantenere, «pur con funzioni in larga parte nuove» istituti esistenti cui è assegnata «una funzione più specifica e più consona a quella per la quale erano stati creati». Parole tutt'altro che chiare e certo contraddittorie; in ogni caso una brusca frenata sulla strada del progresso. Non si è voluto neppure mutare la denominazione.

Ben diverso è il contenuto della proposta della Regione Toscana del dicembre 1996 che conferma la permanenza della misura di sicurezza a carico dei soli prosciolti per incapacità ma prevede per i reati più gravi il regime di custodia in apposito istituto, regionalizzato, gestito all'interno del servizio psichiatrico nazionale, garantito all'esterno dall'Amministrazione penitenziaria; per i reati meno gravi ipotizza l'affidamento al servizio sociale, fondato su un programma terapeutico-riabilitativo redatto e gestito dal servizio psichiatrico pubblico.

La proposta suddetta ha anche il pregio di eliminare o ridurre l'iniquità del sistema attuale, che vede la misura strettamente legata alla gravità del reato commesso e non già della malattia, onde l'o.p.g. è un «affare» per i reati gravi, mentre è una iattura per quelli di media o bassa pericolosità atteso che il periodo minimo della misura (salvo improbabili revoche anticipate) è fissato in anni due, prorogabili, cifra astronomica rispetto all'entità della pena di fatto inflitta ai soggetti imputabili.

La proposta coerentemente all'art. 12 prevede l'istituzione di centri psichiatrici di diagnosi e cura carcerari, organizzati presso istituti di pena ordinari.

Tali centri devono essere istituiti in ogni regione ed essere dotati di personale sanitario, che li gestisce autonomamente per tutto ciò che non attiene alla custodia.

A tali centri sono assegnati i detenuti che presentano problemi di carattere psichiatrico nel corso dell'esecuzione della pena o della custodia cautelare; che devono essere sottoposti ad osservazione od a perizia psichiatrica; o nei cui confronti è applicato l'articolo 148 c.p..

2. – *I presupposti storico-giuridici: la capacità di intendere e di volere, infermità e seminfermità*

Come è noto, non è solo il concetto di «pericolosità sociale» che ha sempre suscitato una vivace discussione in dottrina e giurisprudenza.

La formula compromissoria della seminfermità innanzitutto. Ma lo stesso concetto di «imputabilità» così come viene rappresentato dal codice Rocco ha subito il vaglio critico di numerosi e autorevoli commentatori.

Vogliamo ricordare Canepa che già nel 1957 auspicava: «... (omissis) l'attuale concetto d'imputabilità, quale si desume dal vigente Codice Penale dovrebbe subire una radicale revisione critica.»

Ma come si era giunti storicamente alla stesura concettuale contenuta nel codice del 1930?

Passando uno sguardo rapido sulle codificazioni preunitarie, si evincono alcuni degli elementi che, verosimilmente, influenzarono successivamente il legislatore del '30.

Una delle prime affermazioni, giuridiche, sul suolo nostrano, post-nivoluzionarie è costituita dal "codice penale veronese" del 1797.

In tale documento viene riportato un principio di naturale portata nel corso evolutivo del nostro diritto penale.

«dal fare ciò, che è vietato, e dal non fare ciò, che è prescritto, si riconosce deffinita la ragion del delitto, e col confronto della Legge in proporzione dell'offesa infierita al fatto sociale, la giusta necessità della pena».

Direttamente sull'argomento *de quaestio* si pronuncia il codice per lo Regno delle Due Sicilie del 1819. Nella parte II al capitolo III dice l'art. 61: *«Non esiste reato, quando colui che lo ha commesso, era nello stato di demenza o di furore nel tempo in cui l'azione fu eseguita».*

Il codice penale per gli Stati di Parma Piacenza e Guastalla del 1820 sanciva all'art. 62. *«Non vanno soggette a pena le trasgressioni della legge: se l'imputato trovavasi quando commise l'azione in istato di assoluta imbecillità, di pazzia, o di morboso furore».*

Anche il codice penale per gli Stati di S.M. il Re di Sardegna del 1839 afferma al proprio art. 99: *«Non vi ha reato se l'imputato trovavasi in istato di assoluta imbecillità, di pazzia o di morboso furore quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere».*

Molto interessante a fini della riflessione in atto il successivo art. 100 *«Allorché la pazzia, l'imbecillità, il furore o la forza non si riconoscessero a quel grado da rendere non imputabile affatto l'azione, i Magistrati e Tribunali potranno punire l'imputato secondo le circostanze dei casi col carcere estensibile anche ad anni dieci, o coll'ergastolo».*

L'edizione successiva del c.p. per gli Stati di S. M. il Re di Sardegna (Vittorio Emanuele II) del 1859 recepì, due articoli precedenti con una numerazione differente, art. 94 e 95, e mutando la parte sanzionatoria del solo art. 95, il quale nella versione più recente affermava che «...*(omissis)*, i Giudici applicheranno all'imputato, secondo le circostanze dei casi la pena del carcere estensibile anche ad anni dieci, o quella della custodia, estensibile anche ad anni venti *(omissis)*....»

Nel frattempo aveva visto la luce il famoso codice penale pel Granducato di Toscana (1853) che, al Titolo III. delle cause che escludono o diminuiscono l'imputazione, prevedeva al proprio art. 34: «*Le violazioni della legge penale non sono imputabili, quando chi le commise non ebbe coscienza dei suoi atti, e libertà d'elezione*».

Si giunse così al 30 giugno 1889, quando venne approvato il codice penale italiano.

Nel codice Zanardelli, l'art. 46 sanciva che: «*Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da toglierli la coscienza o la libertà dei propri atti*». L'attuale disciplina è descritta negli artt. 85, 88, 89 e 90 del codice vigente.

«*Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.*» È imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere».

«*Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere.*»

«*Chi nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere e di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita.*»

«*Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità.*»

Si installa così nell'ordinamento italiano il concetto di «vizio parziale di mente».

Sulle convergenze politico-scientifiche tipicamente italiane originanti questa nostra prerogativa è stato scritto e detto molto, per cui rimandiamo ad altre e più idonee sedi di commento.

Appare opportuno peraltro ricordare come la seminfermità sia un istituto assolutamente peculiare del nostro panorama legislativo rispetto agli ordinamenti europei ed extraeuropei con la sola eccezione della analoga «responsabilità parziale prevista dal codice penale scozzese.

Negli altri ordinamenti, quando sussiste una graduazione della responsabilità, viene usato il concetto di imputabilità attenuata o, più spesso, non si gradua affatto la responsabilità.

La fundamentalità assoluta e imprescindibile del concetto stesso di responsabilità è invece un dato di fatto per la maggior parte dei sistemi penali.

Tale principio afferma che l'autore del reato non può mai essere punito se il suo comportamento non è a lui riconducibile per motivi di capacità, vale a dire le "condizioni psichiche".

Il delicato e difficoltoso rapporto fra lettura medica e lettura normativa dell'atto delittuoso ha originato i tre principali sistemi del panorama giuridico, descritti da Canepa: Metodo psicopatologico-normativo: i disturbi psichici vengono valutati nella loro incidenza sulla capacità di intendere e di volere. E' il metodo italiano e di molti altri paesi: Germania, Danimarca, Olanda, Austria, Francia, Irlanda, Portogallo, Cipro, Grecia e Inghilterra (con qualche eccezione).

Metodo puramente psicopatologico: in auge in Norvegia e Svezia, sancisce la non punibilità per i soggetti affetti da determinate malattie senza valutarne comunque l'incidenza sulla capacità.

Metodo puramente normativo: non considera i problemi psichici ma riporta l'esigenza di valutare la capacità di intendere o volere al «*tempus commissi delicti*».

Altri paesi come Svizzera e Belgio non si preoccupano di definire la responsabilità dell'autore di reato ma di adeguare le sanzioni alla tipologia del delinquente.

Negli Stati Uniti, vi è una spinta marcata verso l'abolizione della «non responsabilità per motivi psichici».

Nel paesi ex-socialisti, infine, si è sempre preferito scindere il problema della responsabilità da quello della pericolosità sociale, affermando la non sussistenza di responsabilità penale se l'agito, seppure illecito, non è socialmente pericoloso.

Un ultimo aspetto dottrinario di valutazione eziologica del reato riguarda il dibattito per necessità e libertà. Da una parte, infatti, i giuristi fondano la scienza penale sul principio di libertà.

Dall'altra, la criminologia tende invece a considerare il delitto come un prodotto della necessità.

Al di là del fascino Kantiano che questa diatriba evoca, il problema scientifico non sembra essere preminente: infatti la scienza non potrà mai pronunciarsi in termini assoluti sul problema del libero arbitrio.

Questa lunga premessa, è comunque necessaria per comprendere le spinte revisionistiche cui la vigente normativa è sottoposta.

Volendo lanciare una rapida occhiata alle proposte di riforma succedutesi nel tempo, appaiono maggiormente significative: il citato d.d.l. 177 (1), presentato nella IX legislatura propugnava il superamento del manicomio giudiziario e l'abolizione (almeno formale) del concetto di pericolosità sociale.

La motrice culturale di questa proposta introduce con evidenza lo spirito sotteso alla riforma psichiatrica e al dibattito conseguente vissuto in quel periodo.

Più realistico appare il d.d.l. 2038 presentato al Senato nella XII legislatura (1995).

Il principio per cui nessuno può essere punito per un reato se nel momento in cui lo ha commesso non aveva la capacità di intendere e volere non è stato intaccato, salvo nella dimensione affettiva.

Tale disegno suggeriva di prevedere l'ipotesi nella quale il soggetto era per infermità per anomalia o per altra causa in uno stato di mente tale da escludere la capacità di intendere o di volere.

Gli stati emotivi e personali escludevano la capacità di intendere o volere solo se connessi a infermità o altre anomalie.

Il vizio parziale era mantenuto aggiungendo una misura come il riformatorio alla grave anomalia psichica.

La legge delega con cui il Parlamento dava incarico al Governo di formulare un testo di riforma del vigente codice penale, si basa su una rinuncia alla definizione del concetto di imputabilità, soffermandosi invece sulle cause di esclusione attraverso l'allargamento dell'ambito ad altre anomalie menta-

(1) d.d.l. 177 *Quest. Giustizia* 1984, 3, 705 ss.

li e rinviando ad ogni altra causa che pone il soggetto in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o volere.

La semimputabilità non viene abbandonata con un invito ad adeguare il trattamento penale con esclusione del vigente sistema detto del «doppio binario».

Fra le proposte più recenti, vale la pena di ricordare il d.d.l. 151 del 1998 a firma Corleone, che si ispira al citato d.d.l. 177 Vinci Grossi.

Nella formulazione del nuovo art. 88 si afferma che l'infermità psichica non esclude né diminuisce l'imputabilità.

L'art. 89 è abrogato. All'art. 147, il differimento provvisorio della esecuzione della pena, alla definizione della infermità si aggiunge «o psichica» e il 148 è abrogato.

Nella relazione lo stesso promotore asserisce la transitorietà del disturbo psichico.

Variabilità e mutabilità di esso impediscono (a suo avviso) di conservare validità alla formulazione del codice vigente, che invece classifica gli infermi di mente come categoria contrassegnata da stabilità e immutabilità.

Infine il progetto delle Regioni Emilia Romagna - Toscana e Fondazione Michelucci all'art. 1 relativo alla imputabilità propone al comma 3 che *«... non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, ivi compresa quella derivante da cronica intossicazione da sostanze psicotrope o psicoattive, o per grave anomalia psichica, o per grave menomazione sessuale, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere»*.

Per il comma 4 *«agli effetti della legge penale non è capace di intendere e volere chi commette un atto previsto dalla legge come reato se tale atto è il frutto di una grave alterazione dell'esame o del senso di realtà, o se il suo comportamento non è coscientemente determinato»*.

Ci pare opportuno concludere questa breve panoramica sugli aspetti storici, comparati e evolutivi del concetto di imputabilità e infermità con le parole del Beccaria: *«Un disordine che nasce dalla rigorosa osservanza della lettera di una legge penale non è da mettersi in confronto coi disordini che nascono dalla interpretazione. Un tale momentaneo inconveniente spinge a fare la facile e necessaria correzione alle parole della legge, che sono la cagione dell'incertezza, ma impedisce la*

fatale licenza di ragionare, da cui nascono le arbitrarie e venali controversie. Quando un codice fisso di leggi, che si debbono osservare alla lettera, non lascia al giudice altra incombenza che di esaminare le azioni de' cittadini, e giudicarle conformi o difformi alla legge scritta, quando la norma del giusto e dell'ingiusto, che deve dirigere le azioni sì del cittadino ignorante come del cittadino filosofo, non è affare di controversia, ma di fatto, allora i sudditi non sono soggetti alle piccole tirannie... (omissis)».

3. – *Il superamento dell'O.P.G. e la sua trasformazione.*

Erede diretto del manicomio giudiziario, l'ospedale psichiatrico giudiziario, creato dall'art. 62 della legge 354 del 1975, è un istituto facente parte integrante dell'organizzazione penitenziaria (art. 59) ed è una struttura in cui si eseguono le misure di sicurezza detentive. La sua funzione è duplice: di difesa sociale e terapia. Come tale è sempre stata denunciata come contraddittoria; custodire e curare ben difficilmente sono compatibili e il primo fine finisce per prevalere.

La stessa cosa vale per l'altra misura «minore», la casa di cura e custodia che, in forza dell'art. 62, terzo comma, può addirittura essere istituita come sezione di un o.p.g..

La riforma del 1975, a parte la denominazione, ha modificato in misura del tutto insufficiente il settore qui in esame: in quello delle pene detentive il progresso è stato ben più significativo ed il trattamento dei condannati ha assunto contenuti prima sconosciuti rispetto agli infermi di mente prosciolti.

Basti dire che non è stata prevista la misura dell'affidamento in prova, ma le sole licenze ordinarie e quella finale, prodromica alla revoca «tout court» della misura di sicurezza.

In tal modo è mancata la necessaria progressione trattamento, anche perché la «revoca della revoca» non è possibile, mentre lo sarebbe la revoca dell'affidamento.

In tal modo la misura di sicurezza è quella che ha meno beneficiato della riforma, nonostante gli artt. 64 e 65 proclamino la necessità per i malati di mente di un trattamento «differenziato» ed «idoneo».

Eppure fin dall'impianto di Rocco, era ben chiaro che la misura di sicurezza non poteva avere carattere afflittivo e che non poteva assolutamente essere confusa con la sanzione criminale per eccellenza, vale a dire con la pena detentiva.

Ciò doveva valere soprattutto sotto il profilo esecutivo e trattamentale, ma così non è stato.

Manzini scriveva che le misure di sicurezza non erano sanzioni giuridiche, ma «mezzi di polizia», pur giurisdizionalmente garantiti, organizzati a scopo di tutela preventiva sociale, a carico di persone socialmente pericolose.

La loro funzione era esclusivamente profilattica o cautelativa.

La relazione (pag. 244) ribadiva che le misure non si confondono con le pene e tanto meno si sostituiscono ad esse, avendo fini eliminativi, correttivi, terapeutici, educativi, e che devono durare soltanto fin che permanga la pericolosità sociale.

Ciò nonostante l'esperienza dimostra che si sono seguite strade erranee o quanto meno in contrasto con i principi enunciati: gli o.p.g., salva la felice esperienza di Castiglione, per altro rimasta isolata, (nonostante sia stata legalizzata con l'art. 100 del regolamento 431 del 1976), si sono andati attrezzando come carceri e niente di più, in forza non già della decisione di qualcuno, ma a seguito di scelte di fondo infelici da parte del Legislatore.

Infatti, la legge 354 fin dal suo titolo e dall'art. 1 ha posto il principio secondo cui le nuove norme valevano per tutte le misure privative e limitative della libertà personale ed il trattamento dei «condannati» e degli «internati» doveva essere sostanzialmente uguale, rieducativo, individualizzato, tendente al reinserimento. Unica eccezione per gli internati la non obbligatorietà del lavoro. Quasi tutti gli articoli successivi ripetono con assoluta monotonia l'endiade «detenuti ed internati», cosa che del resto fa anche il regolamento n. 431.

Di conseguenza l'art. 98, 1° comma reg. pone a capo degli o.p.g. personale del ruolo tecnico sanitario degli istituti di prevenzione e pena, personale che, ai sensi dell'art. 11 della riforma, assicura, come prima e come sempre, il servizio sanitario e farmaceutico all'interno di tutti gli istituti.

Anche sotto tale punto di vista, la legge del 1975 nulla ha cambiato, anzi ha confermato un rigido e chiuso sistema para-

sanitario, autarchico, ponendo in tal modo le premesse per confermare l'isolamento istituzionale e con questo l'immobilismo del sistema.

Invero, la prova non tardò a giungere puntualmente quando, con legge 22 dicembre 1978 n. 833, s'istituì il servizio sanitario nazionale per la tutela della salute fisica e psichica dei cittadini tutti: si è voluta una grande, impegnativa riforma, nel tentativo di rendere operante l'art. 32 Cost. ma la sanità penitenziaria è rimasta fuori, escludendo in tal modo i detenuti e gli internati, quasi fossero cittadini di un altro pianeta.

La stessa cosa è avvenuta con la riforma psichiatrica attuata pochi mesi prima con la legge 13 maggio 1978 n. 180, quanto mai discussa e di difficile applicazione, che per altro non ha riguardato il sistema penitenziario degli o.p.g. e delle case di cura e custodia, quasi che la malattia mentale non sia sempre la stessa ma si differenzi, nella terapia e nel trattamento, a seconda che il malato abbia commesso un reato oppure no.

È così accaduto che, mentre per i condannati si è attuata un'effettiva decarcerizzazione, che è stata accentuata con la recente legge 165/1998, per gli internati non si è dato alcun inizio al parallelo processo di deistituzionalizzazione.

La deflazione delle presenze è stata determinata unicamente dagli interventi della Corte Costituzionale e dalla magistratura di sorveglianza che hanno potuto operare sulla misura di sicurezza ma non sull'istituzione.

Ma non basta: infatti, si deve rilevare che la riforma penitenziaria all'art. 11, decimo comma, nonché all'art. 17 del regolamento, aveva aperto se pur timidamente verso il servizio pubblico prevedendo che l'amministrazione penitenziaria poteva avvalersi «della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extraospedalieri, d'intesa con la Regione e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità».

Nel settore psichiatrico ciò poteva significare l'inizio di una collaborazione con gli ospedali psichiatrici civili, ma la cosa non ebbe seguito perché nel 1978 calò sul sistema la ghigliottina della 180 e giustamente: non si vede quale fruttuosa collaborazione si potesse iniziare con strutture ormai al tramonto, gravate da problemi anche più gravi di quelli degli o.p.g..

Non deve passare inosservato un altro passaggio: il codice di procedura penale del 1989 ha optato decisamente per una svolta importante.

Infatti, l'art. 73 prevede dei provvedimenti cautelari da parte del giudice nei confronti dell'imputato il cui stato di mente «appare tale da rendere necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico».

In tale ipotesi, che si pone fuori della custodia cautelare, il giudice segnala il caso alle autorità competenti per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario delle malattie mentali. In caso di pericolo nel ritardo il giudice può addirittura sostituirsi al sindaco disponendo il ricovero in «idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero».

In tal caso il codice di rito si è riferito e coordinato espressamente con il sistema sanitario pubblico, dimenticando l'ospedale psichiatrico giudiziario.

Tutto ciò è confermato dal combinato disposto degli artt. 73 terzo comma e 286 c.p.p., nel caso che si debba applicare la custodia cautelare, il giudice può disporre che l'infermo di mente venga assegnato ad «idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, adottando i provvedimenti necessari per prevenire pericoli di fuga».

È pur vero che tale norma trova scarsa applicazione, ma tale fatto è legato sopra tutto alla mancanza sia di tali strutture che dell'ospedale psichiatrico civile, ormai soppresso, di cui parla tuttora l'art. 99 secondo comma del reg. gen. penit. secondo cui era indicata come ordinaria soluzione il ricovero in o.p.g. laddove l'osservazione «non sia praticabile in istituto».

Si deve registrare anche una recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 324 del 14-24 luglio 1998) secondo la quale una misura «detentiva e segregante» quale l'o.p.g. viene purtroppo prevista e disciplinata in modo uniforme sia per gli adulti che per i minori.

Come tale si pone in contrasto insanabile con i principi ormai in vigore dal 1998 in tema di procedimento penale a carico di minori.

Pertanto la Corte ha fatto decadere per i minori gli artt. 206 primo comma e 222 primo e secondo comma del codice penale, oltre all'art. 222 quarto comma del codice stesso.

La pronuncia è importante e segna un altro passo verso il definitivo superamento dell'istituzione, ponendosi nel solco della corrente di pensiero che attende soltanto di essere calata nella realtà e tradotta in termini concreti: traguardo questo non certo impossibile da raggiungere.

L'avviso della Corte appare solenne ed ultimativo: il legislatore dovrà colmare il vuoto normativo che si viene a creare con l'eliminazione, per i minori, di una misura di sicurezza specificatamente diretta a far fronte alla situazione di persone che hanno commesso reati ma siano affette da infermità psichica che le renda non imputabili.

In tale modo si offre un'altra storica occasione che non si dovrà perdere: quella di affrontare su basi del tutto nuove la gestione degli infermi di mente che commettono reati, prevedendo strutture veramente sanitarie quali gli o.p.g. non sono mai stati, sempre usati non ad un uso profilattico rispetto al crimine ma come luoghi per una gestione punitiva della follia criminale.

La storia si ripete: la nuova psichiatria finirà per decollare ed allora sarà possibile finalmente rendere operante la «collaborazione nell'unità» già presente nella legge del 1975.

La prospettiva, mai abbandonata, di nuovi rapporti fra lo Stato e comunità locale, rimane integra nella sua validità e segna un'inversione di tendenza rispetto alla delega che da sempre era stata concessa allo Stato in tema di repressione dei reati.

Certamente, rimarrà sempre un nucleo duro, anche se ridotto, di soggetti ingestibili sul territorio, bisognosi di un temporaneo affidamento ad una struttura protetta e sorvegliata, ma ciò non fa venir meno, anzi conferma, l'esigenza del superamento dell'idea dell'o.p.g. come carcere, isolato, privo di collegamenti con l'esterno.

A questo proposito potranno essere valorizzati i centri psichiatrici residenziali, aventi caratteristiche esclusivamente terapeutiche e riabilitative, di cui il servizio psichiatrico pubblico non può fare a meno.

È indispensabile ribadire che i malati di mente sono cittadini ed hanno diritto a ricevere un uguale trattamento, perché il reato è espressione diretta della malattia e la legge fa prevalere

la terapia sulla punizione, impossibile quest'ultima giuridicamente perché la malattia stessa determina la non imputabilità.

L'intervento terapeutico di conseguenza deve essere effettivo ed efficace; può e deve conoscere anche dei momenti di forzato isolamento, ma mai deve possedere connotazioni penitenziarie. Deve essere affidato alla gestione dello stesso servizio psichiatrico del territorio, dotato di tutte le strutture necessarie, da quelle chiuse a quelle aperte ma sempre sorvegliate.

È la malattia che crea la pericolosità sociale, tanto più alta quanto più trascurata e non curata; è la malattia mentale che deve interessare la collettività, che invece si preoccupa soltanto dei reati ed abbandona gli ammalati.

Sulla base di tali principi è chiaro che deve essere chiusa anche la secolare esperienza dell'o.p.g., trasferendolo dal penitenziario ad altri lidi ed in parte sostituendolo con mezzi trattamentali non contenitivi, maggiormente idonei a svolgere funzioni terapeutiche e riabilitative.

Del resto, l'Italia sarà uno dei fanalini di coda al riguardo, proprio l'Italia che con il codice penale zanardelliano del 1889 aveva indicato soluzioni più liberali.

La chiusura dell'o.p.g., ovviamente dovrà essere graduale, preceduta da opportune sperimentazioni, dovendosi coinvolgere il s.s.n. in problematiche per lo stesso nuove e tutt'altro che semplici.

4. – *Misure di sicurezza per i malati di mente: l'ora della svolta*

Se è vero, com'è vero, che ormai si avvicina, in tema di reato e malattia mentale, una svolta storica, occorrono alcune precisazioni.

Innanzitutto è indispensabile rinunciare ad una riforma parziale, riguardante cioè le sole misure di sicurezza: infatti, le stesse, nonostante le marginali modifiche apportate negli ultimi vent'anni, costituiscono tuttora uno dei pilastri fondamentali del sistema penale italiano così come voluto dal codice Rocco e lo caratterizzano pesantemente, se non altro per la loro stretta contiguità alla pena come sanzione.

Non si può che inserire la riforma nel codice penale ed in particolare nel libro primo, che dovrà essere rifatto dalle fon-

damenta, anche se saranno necessari ancora anni di dibattiti e studi. Il legislatore dovrà perdere le timidezze e le cautele che per es. caratterizzano sul punto il progetto senatoriale del 1995, troppo legato al passato.

Il problema in esame è anche legato all'estensione che si vorrà dare all'imputabilità: quanto maggiore sarà lo spazio concesso agli stati mentali gravemente anomali, in aggiunta alle tradizionali infermità psichiche, tanto più ampio dovrà essere il ventaglio di misure a disposizione della magistratura di cognizione prima e di sorveglianza poi, ventaglio che dovrebbe avere due estremi: il ricovero coatto da una parte, uno stato di libertà assistita dall'altra ed un centro: l'affidamento al servizio sociale ed ai servizi psichiatrici del territorio.

Occorrerà anche decidere se e fino a qual punto conviene legare la natura e la durata delle misure alla gravità del reato commesso, decisione questa tutt'altro che facile tenuto conto che la dottrina è ancora divisa e che la società tende a dimenticare i malati di mente ma si allarma vivamente di fronte ai reati commessi dagli stessi e chiede interventi restrittivi.

Non si può disconoscere che spesso il reato è anche sintomo della malattia e ciò finisce per portare all'identificazione del malato con il reato anche da parte dello stesso operatore sanitario.

Senza dire che le misure dovranno essere comunque legate ad un giudizio di pericolosità sociale «attuale», a sua volta connesso con la natura della malattia. Con il che il cerchio si chiude ed alla fine si propone come linea guida per il giudice anche la gravità del reato, desunta sulla base dei criteri indicati dall'art. 133 c.p..

Per il principio della proporzionalità più il reato è grave, più è alta la pena massima, essendo la funzione di prevenzione generale alla stessa legata.

Infine, bisogna rinunciare ad «inventare» strutture nuove, destinate appositamente ai malati di mente prosciolti. Diversamente ripeteremmo l'errore degli o.p.g. e nulla cambierebbe.

Occorre invece curare attentamente l'evoluzione dell'assetto psichiatrico sul territorio, tenere conto delle esperienze in corso, valorizzare le strutture in atto, già delineate dal d.P.R. 7 aprile 1994 che conferma la tendenza a superare il residuo manicomiale.

Per i prosciolti non più pericolosi, non sorgono problemi, perché sono già seguiti dalle strutture territoriali residenziali o semi-residenziali o ambulatoriali.

Per i pericolosi, e fin quando persiste la pericolosità, occorre non perdere di vista la necessità del ventaglio di misure di cui si è detto, unita ad ampi poteri decisorî da parte del magistrato di sorveglianza, a loro volta legati all'evolvere della malattia e quindi del trattamento.

Il tutto nel senso che il magistrato deve avere il potere di applicare in ogni momento o di trasformare o di estinguere la misura ritenuta più idonea, non solo in senso positivo per l'ammalato, ma anche in quello negativo, a seconda che la malattia presenti segni di guarigione, stabilizzazione, regressione, peggioramento.

Non si vede altra soluzione, oltre alla necessità di un controllo continuo e flessibile, caratterizzato da ampi ed effettivi spazi terapeutici.

Sotto tale profilo si deve condividere la proposta di una misura come l'affidamento in prova, nei casi in cui sia ritenuta possibile, caratterizzata da una serie di prescrizioni anche rigorose che il servizio sociale e quello psichiatrico del territorio devono far rispettare.

Si deve pensare ad una misura tendenzialmente temporanea che il magistrato può in ogni momento far cessare totalmente o prorogare o trasformare in libertà assistita o in ricovero in struttura chiusa e protetta. A tale riguardo diventa imprescindibile l'obbligo di un continuo monitoraggio del caso, con cadenza di controlli semestrali od annuali.

Non si tratta di una brutta copia della misura sostitutiva della pena; si deve soltanto mutare dalla stessa le finalità che sono quelle di impedire la recidiva, contrastando la pericolosità sociale del soggetto mediante un programma individualizzato redatto e gestito dopo aver accertato che il soggetto stesso sia idoneo e capace di rispettare tutte le prescrizioni, anche quelle terapeutiche.

Le difficoltà più rilevanti stanno nell'identificazione della struttura chiusa che dovrà sostituire l'o.p.g. senza copiarne i difetti, coniugando le esigenze di sicurezza e di difesa sociale con il diritto del malato ad ottenere una terapia vera e piena e

nei limiti del possibile un programma riabilitativo che si attagli alle sue esigenze.

Sono stati ricordati gli istituti di terapia sociale adottati dal sistema tedesco ma il loro uso esteso anche a certe categorie di condannati, sembra tale da sconsigliare in Italia un esperimento del genere.

La vera soluzione sta ancora nelle strutture psichiatriche del territorio e precisamente nella creazione, in ogni Regione, o gruppo di regioni vicine, di una struttura residenziale protetta verso l'esterno da personale dell'amministrazione penitenziaria, gestita all'interno da personale medico e paramedico del servizio sanitario nazionale, capace non solo di rispondere ai vari bisogni assistenziali, terapeutici, riabilitativi del soggetto proscioltto tuttora ritenuto pericoloso, ma anche di studiare per il soggetto stesso il programma individualizzato di cui si è detto, orientato verso misure meno contenitive.

Sotto tale profilo l'esperienza positiva pluridecennale di Castiglione è tale da dimostrare la possibilità concreta di essere estesa a tutto il territorio nazionale, si intende con la necessaria progressione, man mano che l'organizzazione del servizio psichiatrico territoriale si doterà degli strumenti necessari, quanto a strutture, personale, capacità operative ed efficienza.

Altre soluzioni non sono attuali, mentre la permanenza dello *status quo* rischia di determinare un ritardo italiano incolumabile, che non fa onore a nessuno e ci pone fuori da quella Europa cui pur aspiriamo su altri fronti.

Un ritardo che prima o poi la Corte Costituzionale potrebbe punire con un intervento rescissorio che creerebbe un vuoto legislativo, colmabile e sempre più accettabile dalla attuale situazione di immobilismo che non accontenta nessuno.

Una sostanziale ed autorevole conferma di quanto sopra, è rinvenibile nel progetto obiettivo per la tutela della salute mentale, valido per il triennio '98-2000, «finalizzata sia al superamento degli o.p.g. che a realizzare forme di coordinamento tra i dipartimenti di salute mentale ed i servizi psichiatrici penitenziari».

Si tratta di un'affermazione di portata storica, che dovrà conoscere i necessari e concreti sviluppi sia pure in fase sperimentale.

Il progetto di cui sopra non poteva non giungere a siffatta conclusione, tenuto conto delle premesse che sono chiare: costruzione su tutto il territorio di una rete di servizi che pos-

sono fornire un intervento integrato; aumento delle competenze degli operatori per far fronte a tutte le patologie psichiatriche, anche le più gravi; il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.

Il progetto insiste sul dipartimento quale organo di coordinamento garante della integrazione ed unitarietà di tutti i servizi che vanno dall'ospedale alle strutture residenziali e semi-residenziali.

Occorre superare in via definitiva la istituzionalizzazione tuttora presente aumentando le strutture residenziali in particolare, già previste dal precedente progetto.

Tra gli obiettivi emergono la prevenzione sia primaria che secondaria e terziaria dei disturbi mentali e la salvaguardia della salute mentale dei soggetti affetti da disturbi gravi che non sono adeguatamente presi in carico, dando vita al fenomeno dell'abbandono, terreno di cultura ideale per la commissione di reati.

Occorre giungere ad un progetto individualizzato, emancipativo, per ciascuno dei soggetti a rischio, che preveda interventi integrati, escludendo ogni mandato di istituzionalizzazione.

A tale fine i dipartimenti tutti dovranno munirsi di un protocollo operativo di intervento sui pazienti gravi che preveda il progetto personalizzato suddetto, utilizzando tutte le risorse oltre alle strutture, specie residenziali.

A queste ultime occorre fare riferimento se si vuole, veramente superare l'o.p.g.: si tratta già di strutture extra ospedaliere in cui si svolge parte del programma personalizzato, terapeutico e socio riabilitativo, non destinate alla media e lunga degenza, aventi le caratteristiche di cui al d.P.R. 14 gennaio 1997, cui si può bene aggiungere una sorveglianza esterna che limiti temporaneamente la libertà di circolazione del proscioltto, comunque nell'ambito del programma terapeutico approvato dal magistrato di sorveglianza e sempre modificabile.

Il problema della nuova denominazione da adottare non è di secondaria importanza.

Innanzitutto deve essere realmente nuova e rispondere alle caratteristiche ed esigenze espresse dai nuovi principi in materia accettati.

Ovviamente si deve escludere non solo la parola manicomio, già eliminata nel 1986, ma anche quella di «ospedale» e

di «istituto», nell'ottica del rifiuto del concetto sia di istituzionalizzazione che di pura terapia per casi di acuzie. La malattia mentale è un fenomeno ben più complesso, di lunga durata, tendente alla cronicizzazione, bisognoso di interventi riabilitativi e risocializzativi di non breve momento.

Per i casi di acuzie è già in atto il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, di tipo ospedaliero, che prevede ricoveri brevi volontari od obbligatori.

Non si deve invece rinunciare alle aggettivazioni riferite alla natura psichiatrica e giudiziaria delle nuove strutture destinate ai malati prosciolti che presentino tuttora pericolosità sociale di grado medio od elevato, capaci anche di neutralizzare temporaneamente la pericolosità stessa, così come avviene del resto nei servizi.

Si tratta di strutture residenziali protette e sorvegliate, nelle quali i soggetti malati di mente, pur con tutte le garanzie ed al di fuori di ogni trattamento di tipo penitenziario, devono permanere coattivamente.

Sembra pertanto di poter suggerire la denominazione di CENTRO PSICHIATRICO GIUDIZIARIO, dove il primo aggettivo richiama la malattia mentale e soltanto quella, ed il secondo identifica la posizione giuridica dei soggetti ospitati, tutti autori di reato, tuttora socialmente pericolosi, sottoposti alla giurisdizione del magistrato.

5. – Prospettive evolutive del servizio sanitario nazionale

Il servizio sanitario nazionale è troppo importante per la vita dello Stato e di tutti i cittadini per essere dimenticato od abbandonato al destino o al caso od ancorato ad una situazione legislativa rigida ed immutabile.

Per questo, dopo lunghe discussioni ed approfondimenti, il Parlamento con legge 30 novembre 1998 n. 419, ha deciso di delegare al Governo l'emissione di più provvedimenti con i quali razionalizzare il sistema attuale, adottare un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere, superare in una certa misura l'assetto derivante dal d.P.R. 30 dicembre 1992 n. 502.

Il servizio deve diventare più efficiente senza ulteriori oneri finanziari, secondo i criteri indicati in via generale dall'art. 2 della legge.

Ineluttabile era anche la soluzione dell'annoso problema della posizione della medicina penitenziaria, rimasta al margine della riforma del 1978, a conferma dell'isolamento voluto dal mondo penitenziario, che ha finito per penalizzare tutti, ma in particolare i detenuti che sono fino ad oggi stati esclusi dai vantaggi, e dagli svantaggi che offre il servizio sul territorio ai cittadini liberi.

Il che non è giusto né ragionevole ai fini della parità di trattamento e della tutela della salute di tutti come esigono gli artt. 3 e 32 della Costituzione.

Nonostante l'impegno professionale degli operatori, era chiaro che la medicina penitenziaria non avrebbe potuto competere con quella nazionale salvo pesanti discriminazioni a danno degli assistiti, in particolare quanto agli strumenti ed alle capacità finanziarie e quindi operative.

Già l'art. 11, primo comma ord. pen. prevedeva nel 1975 per ogni istituto un servizio medico «rispondente alle esigenze profilattiche e di cura dei detenuti» ed era già una partenza sbagliata perché isolava i detenuti e ne faceva una categoria a parte di non-cittadini.

Creava anche una medicina psichiatrica penitenziaria autonoma laddove imponeva in ogni casa l'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

Infatti i commi 2 e 10 del suddetto articolo e l'art. 17 del reg. gen. furono costretti dall'inizio a prevedere il ricorso ai servizi pubblici sanitari locali ed al convenzionamento con gli stessi e, addirittura, il trasferimento negli ospedali civili dei detenuti quando cure ed accertamenti «non possano essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti».

L'amministrazione penitenziaria, bisogna darne atto, ha fatto tutto il possibile anche per organizzare e gestire reparti ospedalieri propri e con mezzi propri, ma i risultati non possono che essere considerati modesti e sono comunque tali da non poter competere con le strutture del servizio nazionale. Il che, anche sotto tale profilo, penalizza ulteriormente i detenuti e non risponde alle loro esigenze di cittadini.

In una prospettiva siffatta, non si poteva più ignorare il problema e la legge con l'art. 5 ha provveduto ad indicare i principi cui il Governo dovrà attenersi.

Viene ribadito il diritto alla salute delle persone detenute da garantire mediante:

- a) opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche differenziati in relazione alle esigenze dei singoli territori;
- b) attuazione di forme progressive di inserimento nel servizio sanitario nazionale «di persone e di strutture sanitarie della amministrazione penitenziaria»;
- c) assicurazione delle esigenze di sicurezza che rimangono affidate alla amministrazione penitenziaria;
- d) previsione di un'organizzazione che preveda un livello di prestazioni di assistenza sanitaria «adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o di inserimento»;
- e) previsione di affidare alle Regioni il potere di controllo sul funzionamento dei servizi sanitari ai detenuti ed internati;
- f) trasferimento progressivo al fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie già iscritte al bilancio del Ministero di Grazia e Giustizia;
- g) esclusione di ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato;
- h) modificazioni dei decreti legislativi attuali e fra questi il n. 431 del 1976.

L'operazione nel suo complesso appare condivisibile, perché attuata con le opportune cautele ed in via progressiva, previa sperimentazione, senza altri oneri a carico dello Stato, senza disperdere o mortificare le forze già presenti ed attive.

Nessuna rivoluzione quindi, ma fisiologica evoluzione verso un sistema più razionale con realizzazione dei principi costituzionali applicabili anche ai detenuti quali cittadini ed utenti in parità con gli altri liberi.

Il penitenziario esce così dal suo atavico isolamento per trasferirsi, quanto alla medicina, nel mondo sanitario ordinario che deve provvedere a tutti i cittadini, detenuti e non.

Fermo resta che l'ordine e la sicurezza degli istituti rimangono affidati alla amministrazione penitenziaria. Ciò per altro

dovrà essere realizzato senza penalizzare le esigenze di diagnosi e di cura che dovranno essere controllate dallo stesso servizio.

Questo è il passo difficile da compiere, perché la concreta esperienza insegna che spesso l'esigenza della sicurezza ha prevalso e prevale su ogni altra, anche se tutto ciò è stato favorito dalla previsione legislativa di un unico gestore, che in futuro dovrà invece essere sdoppiato, anche per evitare che il deficit di assistenza sanitaria fino ad oggi registrato si atteggi e rimanga come un *plus* afflittivo rispetto alla pena, contro ogni principio di umanità e di diritto.

La pena infatti, specie quella detentiva, non può che consistere nella privazione della libertà di locomozione e nulla di più.

E poi chiaro, sembra, che quando l'art. 5 esige la realizzazione di un livello «adeguato» di prestazioni di assistenza sanitaria, intende sottolineare che il livello attuale non è adeguato e per ciò deve essere cambiato e migliorato.

Non si deve, inoltre, commettere l'errore di ritenere che tale livello, che deve essere «adeguato alle specifiche esigenze della detenzione», possa essere di qualità e quantità inferiore a quello dei cittadini liberi. È vero invece il contrario, essendo universalmente accettato che il carcere, così come l'ospedale psichiatrico giudiziario, pone in pericolo maggiore la salute fisica e psichica dei detenuti e pertanto richiede livelli di assistenza superiori a quelli ordinari, tipici dell'ambiente libero.

L'adeguamento deve avvenire verso l'alto e non già verso il basso. Lo stesso art. 1 ord. pen. conferma che il trattamento deve essere non solo conforme ad umanità, ma anche rispettare la dignità della persona e non tollera discriminazioni di sorta. Per questo lo stesso art. 11 già attualmente riconosce tale principio quando richiede un servizio negli istituti «rispondente alle esigenze» dei detenuti, anche se poi ha mancato di predisporre in concreto un'organizzazione in grado di realizzare sul campo la chiara volontà della legge.

Nel quadro complessivo sopra delineato si inserisce agevolmente quanto si è già detto sopra in tema di cura della malattia mentale nel settore penale e conferma che le idee da anni avanzate, pur in presenza di mille, comprensibili ostacoli, avevano un serio fondamento e la capacità di camminare in avanti.

È giunto il tempo di passare alla concreta realizzazione, di fare uno sforzo, anche per poter misurare quali passi ulteriori

abbia compiuto la nostra cultura, quali traguardi concreti abbiano compiuto la nostra solidarietà, valori che stanno a fondamento di ogni civiltà che voglia ed intenda essere illuminata dalla luce del diritto.

È importante segnalare che nell'ottica suddetta, si pone il protocollo d'intesa firmato a Milano il 22 febbraio 1999 dal Presidente della Regione Lombardia e dal Ministro di Grazia e Giustizia. Si tratta di un documento storico, dal contenuto ampio ed impegnativo, proiettato verso il futuro e quindi critico verso il passato.

Anche in materia di tutela della salute mentale dei condannati, il documento apre degli spiragli di notevole interesse. Al cap. 1.3 è scritto che il servizio sanitario nazionale si assume la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari e a tal fine doterà le unità operative psichiatriche delle risorse necessarie ed utilizzerà per il ricovero dei detenuti servizi e strutture terapeutiche residenziali opportunamente adeguati e potenziati».

Le parti si sono impegnate «ad applicare tali indirizzi anche in materia di misure di sicurezza personali detentive nell'ambito dell'ospedale psichiatrico giudiziario».

In tale contesto, evidente è il riferimento implicito a Castiglione delle Stiviere che bene si presta a servire come preziosa esperienza nel quadro della nuova struttura residenziale psichiatrica gestita dal servizio sanitario nazionale che si delinea in questo lavoro.

Anche l'esame del d.l. n. 1199 Senato offre spunti di riflessione molto interessanti laddove propone una radicale riforma del sistema di assistenza psichiatrica e, pur non occupandosi del versante penale, prevede la definitiva soppressione dei manicomi e la presenza sul territorio di: centri di salute mentale, servizi psichiatrici di diagnosi e cura, pronto soccorso psichiatrici, centri riabilitativi psichiatrici.

L'articolazione si attua con centri diurni, comunità terapeutiche (per ammalati bisognosi di collocazione residenziale protetta continuativa), comunità protette (per patologie croniche e mancanza di autonomia gestionale), comunità alloggio (per pazienti in trattamento psichiatrico ma autosufficienti).

Sono previste convenzioni con associazioni od enti iscritti in uno speciale registro regionale per la gestione delle comunità protette e delle comunità alloggio, sulla falsariga di quanto si è fatto per i tossicodipendenti.

Il servizio pubblico si va attrezzando e munendo di una serie di presidi in grado di provvedere anche agli ammalati che hanno commesso reati e presentano ancora una pericolosità sociale residua.

Al più si tratta di stabilire che cosa si deve intendere, ai fini che qui interessano, per «protezione» e le modalità di attuazione della stessa, essendo evidente che il concetto è posto sia a tutela del malato che dei terzi e della società e si deve riferire contemporaneamente alla terapia ed al controllo fisico del soggetto.

Come tale la protezione si deve rivolgere sia verso l'interno che verso l'esterno della struttura.

6. – *L'analisi di una esperienza: la revoca della misura di sicurezza dell'o.p.g. a Castiglione delle Stiviere nel quinquennio 1993-1997*

È interessante l'analisi dei dati statistici relativi all'o.p.g. di Castiglione delle Stiviere, compreso nella giurisdizione dell'ufficio di sorveglianza di Mantova e del tribunale di sorveglianza di Brescia.

La suddetta struttura costituisce un *unicum* nel quadro nazionale della psichiatria giudiziaria poiché è per intero gestita da personale della azienda ospedaliera di Castiglione, facente parte del servizio sanitario nazionale, in forza di una convenzione con il Ministero di Grazia e Giustizia risalente alla fine degli anni trenta ed in seguito sempre rinnovata ed aggiornata.

È più ospedale che carcere, a differenza delle altre analoghe strutture e vede la totale assenza della polizia penitenziaria. Tutto il personale appartiene al ruolo sanitario della Regione Lombardia. Ciò ha favorito la creazione di un modello operativo di lavoro terapeutico riabilitativo tendente, una volta superata la fase acuta della malattia mentale, a sviluppare programmi individuali di reinserimento in stretta collaborazione con i servizi psichiatrici del territorio.

Tale modello deve continuamente confrontarsi con i livelli di assistenza psichiatrica e le risorse specifiche che le singole Regioni hanno a disposizione; e la situazione è tuttora molto disomogenea.

Ovviamente le assegnazioni sono di esclusiva competenza del dipartimento che usa in genere la struttura come secondo livello, a favore di quei soggetti che sono già stati osservati altrove con esito favorevole quanto alla loro residua pericolosità sociale e concreta gestibilità, compatibilmente con il criterio della massima possibile territorializzazione della misura.

Quanto sopra vale per gli uomini e non per le donne, perché la sezione femminile di Castiglione è l'unica in attività ed accoglie pertanto soggetti provenienti da tutte le Regioni del paese.

La presente ricerca prende in esame l'ultimo quinquennio e precisamente gli anni dal 1993 al 1997.

Iniziamo dagli uomini.

In tale periodo gli ingressi nelle sezioni maschili sono stati 127; i trasferiti soltanto 22: questo dato conferma che a Castiglione si arriva in genere non dalla libertà ma poi tendenzialmente vi si rimane sino alla revoca della misura.

L'età degli internati al momento dell'ingresso era compresa tra i 26 ed i 40 anni nel 60% dei casi; nel 33,8% l'età era superiore; gli infraventicinquenni sono stati soltanto il 5,5%.

La regione di residenza degli internati prosciolti nel 44% dei casi era la Lombardia; nel 23% il Triveneto; nel 9% il Piemonte (il 78% nel complesso delle tre regioni).

Il 22% proveniva da altre Regioni.

Si può ragionevolmente ritenere abbastanza osservato il principio fondamentale della territorializzazione, tenuto conto che gli o.p.g. sono nel complesso soltanto cinque.

Circa un terzo degli internati ha commesso omicidio, spesso nell'ambito familiare.

In 97 casi (76,3%) la diagnosi di ingresso è stata la schizofrenia, seguita dalle psicosi e dai disturbi della personalità (14 casi pari all'11%). Il dato conferma l'esito delle precedenti ricerche e pone la schizofrenia far le malattie psichiche più pericolose e diffuse.

Come tali necessitano di adeguata prevenzione e di attento controllo.

Buono sembra anche il tasso delle dimissioni, che dimostra una attività trattamentale vivace ed una discreta risposta da parte del territorio o almeno da parte di regioni più avanzate nella realizzazione delle strutture residenziali necessarie spesso

per sostituire la famiglia degli internati, secondo le direttive contenute nel progetto obiettivo «tutela della salute mentale 1994-96» approvato con d.P.R. 7/4/1994.

Le dimissioni per revoca anticipata nel quinquennio sono state 18; quelle per revoca ordinaria 96 (in totale 114 su 127 ingressi).

Occorre al riguardo un quadro clinico stabilizzato ed una stretta collaborazione con i servizi territoriali, attuata attraverso l'esperimento delle licenze, compresa quella finale semestrale.

La probabilità di successo della revoca della misura dipende essenzialmente dalla attenuazione della probabilità di commissione di altri reati.

In ogni caso, gli autori dei reati più gravi sono più facilmente reinseribili degli altri e la lunga permanenza in istituto di per sé non è un serio ostacolo al ritorno nella società.

La breve permanenza, se legata a reati minori, di soggetti recidivi o fortemente emarginati implica invece maggiori difficoltà per la dimissione.

Si deve segnalare la sostanziale coincidenza dei dati forniti dall'o.p.g. con quelli dell'ufficio di sorveglianza di Mantova. Le domande di revoca anticipata respinte nel quinquennio sono state 14.

Le ordinanze di proroga della misura (ogni posizione viene in genere esaminata ogni anno dal magistrato, tale essendo l'entità media della proroga) sono state 895, cifra non certo trascurabile che deve essere connessa non tanto alla gravità della malattia di mente (spesso in fase di netta remissione o di buon compenso) ed a quella del reato commesso, quanto alle difficoltà di reperimento di sistemazioni esterne, da parte del servizio sociale e del volontariato, idonee ad assicurare l'opera necessaria di sostegno e di controllo.

I dati della sezione femminile sono divergenti per la ragione già sopra segnalata.

Gli ingressi sono stati 52 dei quali 30 per età compresa tra i 26 e i 40 anni; soltanto 2 le infraventicinquenni.

Soltanto 15 soggetti provenivano dalle Regioni Lombardia, Triveneto e Piemonte (28,8%); gli altri 37 da tutta Italia.

Le trasferite sono state soltanto 2.

Anche fra le donne predomina la diagnosi di schizofrenia (38,4%) seguita dalla paranoia (26,9%) e dai disturbi bipolari di tipo maniacale (15,4%).

In linea con quello maschile è il tasso di dimissioni per revoca anticipata (7 casi) e revoca ordinaria (ben 47 casi).

Le proroghe della misura sono state comunque 66; i rigetti di domande di revoca anticipata sono stati 3.

Anche per le donne si deve prendere atto che il modo ordinario di lasciare l'o.p.g. di Castiglione è costituito dalla revoca ordinaria della misura, dopo una o più proroghe determinate dalle difficoltà già sopra segnalate, estranee alla funzionalità della struttura e legate, invece, al tipo di efficienza raggiunto nelle singole realtà territoriali delle Regioni nel settore della tutela della sanità mentale.

7. - Una possibile risposta: la misura dell'affidamento terapeutico di tipo psico-sociale

L'istituto che merita un approfondimento cui sopra si è già accennato, è quello dell'affidamento, inteso come alternativa non penitenziaria alla misura di sicurezza per malati di mente che hanno commesso reati.

Tale misura, che ad ogni effetto è di sicurezza, deve essere applicata dal magistrato di sorveglianza:

- immediatamente a coloro che hanno commesso reati meno gravi, (puniti con la reclusione o l'arresto non superiori nel massimo a 5 anni) che presentino tuttora una pericolosità residuale controllabile e gestibile senza bisogno di inserimenti residenziali coatti;

- dopo un certo e variabile periodo di internamento in una struttura chiusa, agli autori di reati puniti con pene superiori nel massimo a 5 anni, quando la pericolosità sociale rientri nei limiti di cui sopra, ed in attesa di proroga o di revoca.

La durata massima, così come quella minima della misura, non deve essere fissata dalla legge: importante è che al massimo ogni sei mesi od un anno il magistrato di sorveglianza verifichi la situazione ed adotti i provvedimenti necessari.

La durata non può che essere variabile, legata alla natura della malattia, alla condotta del prosciolto, al trattamento terapeutico e riabilitativo, alle opportunità offerte dal territorio: in altri termini alla pericolosità sociale ed al suo controllo.

La distinzione tra revoca anticipata ed ordinaria è così destinata a cadere. Anche l'affidamento suddetto pertanto deve essere sorvegliato dal magistrato e come tale non può che essere temporaneo, cessando quando la pericolosità sia venuta meno ed il soggetto sia gestibile «esclusivamente» dai servizi psichiatrici del territorio.

Ineliminabili sono le analogie, ma anche le differenze, con l'istituto di uguale denominazione previsto dalla legge penitenziaria, per le pene detentive.

Innanzitutto l'osservazione della personalità, (ora soppressa con la legge n. 165/1998 per i condannati definitivi a pene anche residue non superiori a tre anni) nei confronti degli infermi di mente autori di reato, deve continuare a sussistere qualunque sia la gravità del reato commesso, anche se attuata in stato di libertà del soggetto.

Infatti, siamo di fronte a soggetti non imputabili, ammalati, che hanno bisogno di un'adeguata terapia e la misura è in funzione della prevenzione di altri reati. La misura di sicurezza non è una pena, ma è un complesso di interventi socio terapeutici obbligatori, di natura preventiva.

L'osservazione del malato di mente è legata strettamente ad uno stato di malattia che richiede necessariamente anche interventi medico terapeutici, a differenza della osservazione del condannato imputabile che non solo è libero di non accettare di collaborare ma sa che nel nostro sistema difetta totalmente un approccio di tipo medico terapeutico.

La devianza criminale da noi è priva di immagine clinica, salvo che l'autore del reato sia non imputabile, nel qual caso la situazione si rovescia totalmente.

Nell'osservazione del malato di mente entra in tal modo a pieno e prevalente titolo il servizio psichiatrico territoriale, sia nella fase di osservazione che in quella trattamentale, mentre il necessario raccordo con l'organizzazione pubblica responsabile delle misure di sicurezza (amministrazione penitenziaria e magistratura di sorveglianza) può essere assicurato dal centro di servizio sociale per adulti, secondo una prassi ormai collau-

data, quella dell'affidamento in prova particolare al servizio sociale dei tossicodipendenti autori di reati ma muniti di programma personalizzato terapeutico stipulato con il SERT competente per territorio.

Questa esperienza raccolta negli ultimi dieci anni ed ora regolata dal d.P.R. 309/90 (artt. 94, 113, 114, 115) appare positiva e preziosa, perché ha dimostrato che è possibile e fruttuosa la collaborazione tra il pubblico ed il privato sopra tutto in funzione di un'attività eminentemente terapeutica, ricca di aiuto e non priva di controllo, quale appare necessaria per il recupero dei tossicodipendenti.

L'esperienza stessa ha fatto e fa ampio ricorso a strutture private, debitamente autorizzate, controllate, registrate dalla Regione, legate alla stessa da precise convenzioni, capaci di gestire un idoneo programma terapeutico e di recupero del soggetto.

Un intervento a rete è già stato sperimentato con successo e non si vede pertanto perché la cosa non si possa ripetere in tema di malattia mentale, mediante un affidamento del malato proscioltto ad un sistema che vede coinvolti il magistrato di sorveglianza, i centri di servizio sociale per adulti, i centri psico-sociali del territorio e, se ritenuto necessario, anche enti ausiliari specializzati, capaci di gestire strutture residenziali e non, aventi le caratteristiche richieste, ben distribuite sul territorio.

Si tratta pur sempre di sostituire una misura detentiva con altra non detentiva, perseguendo lo scopo principale che è quello di curare l'ammalato mediante interventi complessi, socio-psico-terapeutici; di aiutarlo a non regredire sulle posizioni iniziali commettendo altri reati; in altri termini a far cessare la pericolosità sociale con un'opera concreta di aiuto ma anche di controllo.

È quest'ultimo il traguardo che ha rilevanza; meglio per tutti se tale traguardo è raggiunto senza l'uso diffuso ed indiscriminato di strutture chiuse di tipo penitenziario.

D'altra parte, anche l'affidamento dei condannati persegue le stesse finalità e precisamente quelle di impedire la reiterazione del reato e assicurare il recupero sociale del condannato non mediante il carcere ma l'osservanza di prescrizioni personalizzate, idonee a contribuire alla «rieducazione del reo» per usare alla lettera l'espressione contenuta nell'art. 47, secondo comma dell'ord. pen.

BIBLIOGRAFIA

- BALLERINI, PAZZAGLI, *Il crimine ed il sintomo*. Riv. Sperim. Freniatria vol. CXII, 4;
- BANDINI, GATTI (1985), *Psichiatria e giustizia; riflessioni critiche sull'imputabilità del malato di mente*. Dei Delitti e delle Pene, 11, 351;
- BECCARIA (1987), *Dei delitti e delle pene*. Garzanti;
- BOLOGNA, CONTINI, COPPOLA, LELLI, *Il paziente pericoloso*. Riv. Sperim. Freniatria vol. CXV, I;
- CADIOLI, ERMENTINI, FAZZARI, TETI (1990), *L'O.P.G., storia, orientamenti, prospettive*. Emmebiografica Bs;
- CALVANESE, BENETTI (1995), *La revoca della misura dell'O.P.G.. Indagine sulle pronunce della magistratura di sorveglianza di Mantova*. Rassegna italiana di criminologia, 51;
- CANEPA (1995), *Imputabilità e trattamento del malato di mente autore del reato*. Cedam;
- CANOSA (1979), *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*. Milano Feltrinelli;
- CERETTI, MERZAGORA (1994), *Questioni sulla imputabilità*. Padova;
- DAGA (1980), *Il trattamento del malato mentale negli ospedali psichiatrici giudiziari. In la prigione in Italia: storia, evoluzione, prospettive* (relazione all'ottavo congresso ONU sulla prevenzione del crimine: Cuba, 26 agosto 1980);
- DAGA (1985), *Ospedali psichiatrici giudiziari e sistema penitenziario. Storia, sviluppo, e prospettive*. Convegno di studi a Castiglione 25 marzo 1985 (atti non pubblicati);
- DAGA (1986), *Appunti in tema di funzione e di funzionamento degli Ospedali Psichiatrici Giud.* Atti (non pubblicati) del seminario di Roma 31/1/1986 su *Psichiatria e giustizia dopo la 180: la perizia psichiatrica*;
- DE LEONARDIS (1985), *Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria riformata e sistema penale: note sociologiche*. Delitti e pene, 11, 323;
- FIORAVANTI (1987), *Il concetto di infermità psichica. L'evoluzione della giurisprudenza dal Codice Rocco agli anni 50*. Riv. Ital. Dir. Proc. Pen., 2, 310;
- FORNARI (1990), *Psicopatologia e psichiatria forense*. Utet;
- GANDOLFI, MICHELETTI, RAPONI, RONZINI (1974), *Limiti e prospettive di una esperienza in senso comunitario dopo tre anni dal suo inizio: la sezione giudiziaria dell'O.P.G. di Castiglione*. Riv. Freniatria vol. XCVIII;
- GANDOLFI, ROTELLI, RAPONI (1972), *Una esperienza in senso comunitario: la sezione giudiziaria dell'Ospedale Psichiatrico di Castiglione*. In Rivista Sperimentale di freniatria, 959.
- GIACANELLI, GRASSI, BATTIATI (1994), *Relazione sulla visita ispettiva all'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia del 9/3/1976*. In Canosa op. cit.;
- GURRIERI (1994), *Il reato commesso dal soggetto infermo di mente, aspetti sostanziali e processuali*. Giurisprudenza di merito, 944;

- LUBERTO (1995), *Le misure di sicurezza per l'autore di reato infermo di mente*. Diritto penale e processo, 6;
- LUBERTO, ZAVATTI (1996), *Ospedale psichiatrico giudiziario e spazi terapeutici*. Rassegna italiana di criminologia, 165;
- LUBERTO, ZAVATTI, GUALANDRI (1993), *Tipologia di reato e malattia mentale*. Quaderni di psichiatria forense, fasc. I;
- LUCIANI (1986), *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale*. Pol. Dir., III, 439;
- MANACORDA (1982), *Il manicomio giudiziario*. De Donato;
- MANACORDA (1982), *Folli e reclusi*. Centro Regionale Umbro per la ricerca e documentazione storico psichiatrica;
- MANACORDA (1987), *Pericolosità sociale e determinazione della durata minima della misura di sicurezza del ricovero in O.P.G.*. Foro Italiano, II, 102;
- MANNA (1994), *Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma*. Rassegna italiana di criminologia, 269;
- MANNA (1997), *L'imputabilità ed i nuovi modelli di sanzione*. Giappichelli, Torino;
- MARGARA (1985), *L'ospedale psichiatrico giudiziario. Struttura attuale e prospettive di riforma*. In atti convegno di Castiglione 25 marzo 1985 (non pubblicati);
- MC GRATH (1998), *Follia*. Adelphi;
- MOLINARI (1980), *Le misure di sicurezza vanno abolite: questa l'opinione unanime dei giudici di sorveglianza e degli psichiatri al congresso di Arezzo*. Riv. Ital. Diritto e Proc. Penale, 147;
- PAGNOTTI (1987), *Da Reggio Emilia una drammatica testimonianza delle condizioni di vita negli ospedali psichiatrici giudiziari*. Famiglia Cristiana, 15;
- PESENTI (1988), *A dieci anni dalla Legge 180. L'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa*. Avvenire, 106;
- PONTI, MERZAGORA, PONTI (1987), *L'abolizione della presunzione di pericolosità sociale*. Rivista italiana di medicina legale, I, 17.
- REGIONE TOSCANA (1989), *Legislazione sanitaria e status del malato di mente*. Atti XI Congr. Intern. «Legge e psichiatria» 18/20 marzo 1985, Ediz. 1991;
- RUSSO, *Il trattamento del malato di mente autore di reato*. Rivista italiana di medicina legale, 525;
- SARACENO (1995), *La fine dell'intrattenimento*. Etalibri;
- STEFANONI (1998), *Gli ultimi criminali*. In «Manicomio Italia», Editori Riuniti, pag. 166 e segg;
- TANTALO, COLAFICLI (1994), *Controllo o trattamento del malato di mente: Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano*. Rassegna italiana di criminologia, 565;
- TERZI (1993), *In tema di pericolosità sociale psichiatrica*. Rass. Ital. Crim., 2, 367;
- TRAVERSO, CIAPPI (1997), *Disegno di legge del codice penale. Note critiche*. Riv. Italiana medicina legale, 667.

RIASSUNTO

Gli autori propongono una rilettura dell'art. 203 del codice penale Rocco del 1931, tuttora vigente, nel senso di confermare l'istituto della pericolosità sociale (intesa quale probabilità di commissione di nuovi reati), per altro da contenere mediante un sistema sanzionatorio nuovo, allargato, comprendente anche le misure alternative e sostitutive elevate al rango di pene principali, da attuare mediante la radicale riforma del libro primo del codice penale.

Ormai la pena deve per comando costituzionale non solo punire ma tendere anche alla risocializzazione del colpevole e la pena, non sempre e non necessariamente detentiva, deve essere adeguata ed individualizzata.

Pertanto non hanno più senso le misure di sicurezza applicate dopo l'espiazione della pena ai condannati e si constata così la necessità di superare il c.d. «doppio binario».

Viene invece confermata l'esigenza di mantenere una serie di misure destinate unicamente ai soggetti autori di reati prosciolti per infermità di mente, che vanno dalla semplice segnalazione al servizio psichiatrico del territorio per i casi meno gravi, alla temporanea assegnazione coatta a centri psichiatrici giudiziari per i casi più gravi.

Tali centri dovrebbero essere gestiti dal servizio psichiatrico pubblico attraverso strutture residenziali protette, rese sicure dalla presenza della polizia penitenziaria, nelle quali prevalga nettamente la funzione terapeutica su quella custodiale.

In tale ottica gli autori propongono il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario attuale, struttura ormai indifendibile, che non corrisponde più neppure all'idea originaria e che è gestito essenzialmente come un carcere riservato ai prosciolti.

Tutto ciò dovrà avvenire progressivamente, mediante sperimentazioni adeguate ed un'intensa collaborazione tra l'amministrazione penitenziaria ed il servizio sanitario nazionale che si sta dotando di una serie di strutture differenziate tali da consentire di affrontare ogni esistenza terapeutica per i malati di mente, il sistema migliore per controllare la pericolosità e prevenire in tal modo la commissione di reati.

Costituiscono a tale riguardo un segnale rilevante la legge 419 del 1998 che delega il Governo a razionalizzare il s.s.n. e la medicina penitenziaria ed il progetto obiettivo per la tutela della salute mentale valido per il triennio 1998-2000.

Alla fine nel malato di mente è la malattia che deve essere curata e tale esigenza è primaria rispetto a quella della punizione di un fatto reato del quale il soggetto non è chiamato a rispondere.

Si profila altresì l'introduzione nell'ordinamento di una misura intermedia, quella dell'affidamento in prova al servizio sociale, di contenuto psico terapeutico, che trova un interessante precedente storico, quello del-

l'affidamento particolare dei condannati tossicodipendenti, sulla base di un programma individualizzato, terapeutico e riabilitativo, accettato e controllato nella sua esecuzione.

Vengono anche esposti i risultati dell'opera dell'ospedale psichiatrico di Castiglione, struttura da tempo gestita dal servizio sanitario pubblico a seguito di convenzione con l'amministrazione penitenziaria, con risultati ampiamente positivi.

Si tratta di una esperienza preziosa ed incoraggiante nella direzione indicata dagli autori e che costituisce un segnale positivo verso la conclusione di un percorso certo lungo e difficile ma che ormai è iniziato.

RÉSUMÉ:

Les Auteurs proposent une relecture de l'article 203 du code pénal "Rocco" du 1931, encore en vigueur, pour confirmer l'institution de la dangerosité sociale (telle probabilité de commettre encore des délits), à limiter, d'autre part, par un nouvel système de sanctions, qui devrait comprendre les mesures alternatives et substitutives considérées peines principales aussi, à réaliser à travers une réforme du premier livre du code pénal.

Maintenant la peine doit, selon la constitution, non seulement punir mais viser à la resocialisation du coupable aussi; et la peine, pas toujours et pas nécessairement de détention, doit être juste et individualisée.

Donc ils n'ont plus de sens les mesures de sûreté appliquées après de l'expiation de la peine aux condamnés et on peut ainsi constater la nécessité de dépasser le "double voie" ("doppio binario").

Il est, au contraire, confirmée l'exigence de maintenir une série de mesures adressées aux sujets délinquants acquittés pour maladie mentale, qui vont de la communication au service psychiatrique territorial, pour le cas moins graves, à l'assignation forcée temporaire près des centres psychiatriques judiciaires pour les cas les plus graves.

Tels centres devraient être gérés par le service psychiatrique national à travers des structures résidentielles protégées, garantis de la présence de la police pénitentiaire, et dans lesquels prévaut la fonction thérapeutique sur la fonction détentive.

Pour cette raison, les Auteurs proposent le dépassement de l'hôpital psychiatrique judiciaire présent, désormais indéfendable, qui ne répond plus à sa première idée et qui est géré comme une prison pour les acquittés.

Tout ça devra se réaliser de proche en proche, par des expérimentations appropriées et une collaboration importante entre l'Administration pénitentiaire et le service sanitaire national qui est en train de s'équiper d'une série de structures qui peuvent aborder toutes les exigences thérapeutiques des malades mentales, ce ci c'est le système le meilleur pour contrôler la dangerosité et prévenir ainsi la perpétration des délits.

A cet égard ce sont très importants la loi n° 419 du 1998, qui délègue le Gouvernement à rationaliser le service sanitaire national et le service sanitaire pénitentiaire, et le projet pour la sauvegarde de la santé mentale pour le période de 1998-2000.

En effet on doit soigner la maladie mentale du sujet et cette exigence est plus important de la punition pour le délit dont tel sujet ne doit pas répondre (en justice).

On dessine aussi l'introduction dans le système pénitentiaire d'une mesure intermédiaire, c'est à dire l'assignation au service social à titre de mise à l'épreuve, avec finalités psychothérapeutiques, qui a son précédent historique dans l'assignation à titre de mise à l'épreuve pour les condamnés toxicomanes, mesure qui prévoit un programme individualisé, thérapeutique et de réhabilitation, accepté et contrôlé dans son exécution.

On présente même les résultats du travail de l'hôpital psychiatrique de Castiglione, qui est géré du service sanitaire national, après la convention avec l'administration pénitentiaire, avec des résultats extraordinaires.

Il s'agit d'une expérience très important, indiquée même des Auteurs, qui constitue un signal positif pour la réalisation d'un parcours très long et difficile, mais qui est déjà commencé.

SUMMARY

The authors offer a rereading of Article 203 of the Rocco criminal code, still in force, in the sense of confirming the institution of social dangerousness (meant as the probability to commit new crimes), which should be, on the other hand, contained through a new, comprehensive sentencing system, also including the alternative and substitute measures, regarded as main sentences, to be carried out through the radical reform of part I of the criminal code.

According to the Constitution, the sentence should not only punish, but also aim at the reintegration of the offender into society and the punishment, not always and not necessarily a prison sentence, should be proportionate and individualised.

Therefore, safety measures applied to convicted persons after the sentence has been served do not make any sense, so it must be noted that it is necessary to get over the so-called "double track".

It is, instead, confirmed the requirement to maintain a series of measures solely intended for offenders acquitted for mental deficiency, ranging from the simple report to the territorial psychiatric service for the least serious cases, to the provisional forced assignment to the judicial psychiatric centres for the most serious cases.

Such centres should be managed by the public psychiatric service through protected residential structures, made safe by the presence of the

penitentiary police, where the therapeutic function definitely be prevalent over the custodial one.

In this light, the authors suggest the judicial psychiatric hospital be finally got over, as it is now an indefensible structure, not even corresponding to the original idea any more and being fundamentally managed as a prison for acquitted persons.

This should take place progressively, through appropriate experiments and a strong cooperation between the prison administration and the domestic health service which is being equipped with a series of differential structures such as to face any existing therapy for insane persons, and this is the best way to control dangerousness, thus preventing the commission of crimes.

With regard to this, law 419 of 1998, delegating the Government to rationalise the domestic health service and the prison medicine and the plan for the protection of mental health for the triennium 1998-2000 are important signs.

After all, as far as an insane person is concerned, the illness is to be treated and this need is prevalent over the need for the punishment of a crime for which the offender is not called to answer. Moreover, the introduction in the penitentiary act of an intermediate measure – the assignment to the probation service –, with a psychotherapeutic content, is in the offing, on the basis of an individualised, therapeutic and rehabilitative programme, agreed and checked in its execution; such a measure has an important historical precedent, i.e. the special assignment for drug-addicted convicts.

The outcomes of the work carried out by the psychiatric hospital of Castiglione are also presented; this structure has been managed by the public health service for a long time as a result of an agreement with the prison administration, with very positive results.

It is a valuable and encouraging experience along the lines pointed out by the authors, being a positive sign toward the end of a way which is certainly long and difficult but has already begun.

TABELLA 1 - *Misura di sicurezza o.p.g. revoche ordinarie e proroghe*

	1993		1994		1995		1996		1997		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Revoche	36	12	22	6	9	15	16	4	16	6	99	43
Proroghe	204	17	142	11	170	16	187	12	192	10	895	66

Fonte: Ufficio sorveglianza di Mantova

TABELLA 2 - *Revoche anticipate*

	1993		1994		1995		1996		1997		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Concesse	3	3	4	2	5	0	2	2	4	0	18	7
Respinte	4	1	4	1	5	1	0	0	1	0	14	3

Fonte: Ufficio sorveglianza di Mantova

TABELLA 3 - *Internati prosciolti definitivi*

	1993		1994		1995		1996		1997		TOTALE		%	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Entrati	19	18	44	10	16	11	31	7	17	6	127	52	0	0
Dimessi per revisione ordinaria	28	13	21	6	12	18	19	2	16	8	96	47	75,6	90,3
Dimessi per revisione anticipata	3	3	3	2	5	0	3	2	4	0	18	7	14,1	13,4
Trasferiti	7	1	3	0	3	0	2	1	7	0	22	2	17,3	3,8

Fonte: O.P.G. Castiglione

TABELLA 4 - *Internati definitivi - Ingressi per diagnosi*

	1993		1994		1995		1996		1997		TOTALE		%	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Schizofrenia	14	7	36	4	13	2	23	3	11	4	97	20	76,3	38,4
Paranoia	0	5	0	4	0	3	0	1	0	1	0	14	0	26,9
Psicosi alcool	1	0	3	0	1	0	2	0	1	0	8	0	6,3	0
Psicosi altre	1	0	2	0	1	0	2	0	0	0	6	0	4,7	0
Oligofrenia	1	2	1	0	0	2	1	0	0	0	3	4	2,3	7,7
Ciclotimia	1	1	1	1	0	1	3	0	1	0	6	3	4,7	5,7
Per F. (disturbo bipolare di tipo maniacale)														
disturbi personali	1	3	1	0	1	1	0	3	4	1	7	8	5,5	15,4
Altro	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0	5,7
Per F. (disturbo depressivo maggiore con manifestazioni psicotiche)														
Totale											127	52		

Fonte: O.P.G. Castiglione

TABELLA 5 - *Internati definitivi - Ingressi per età*

	1993		1994		1995		1996		1997		TOTALE		%	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Età 18-25	2	1	1	0	1	0	2	1	1	0	7	2	5,51	3,8
26-40	12	12	23	6	10	6	19	2	13	4	77	30	60,6	57,7
OLTRE 40	5	5	20	4	5	5	10	4	3	2	43	20	33,8	38,4
TOTALE											127	52		

Fonte: O.P.G. Castiglione

TABELLA 6 - *Ingressi per residenza*

	1993		1994		1995		1996		1997		TOTALE		%	%
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Lombardia	7	2	16	0	7	2	20	2	6	1	56	7	44	13,4
Triveneto	7	3	15	1	2	1	3	0	3	0	30	5	23,6	9,6
Piemonte	2	1	3	0	2	1	4	1	1	0	12	3	9,4	5,7
Altre	3	12	10	9	5	7	4	4	7	5	29	37	22,8	71,1
											127	52		

Fonte: O.P.G. Castiglione

TABELLA 7 - *Internati presenti per regione di residenza*

	alla data del 31 dicembre:				
	1993	1994	1995	1996	1997
Lombardia	96	97	93	104	100
Triveneto	67	69	69	63	57
Piemonte	39	33	32	27	25
Altre	144	152	148	135	117

Fonte: O.P.G. Castiglione