

Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie
D.M. 19.7.2017
(Pres. Prof. Marco Pelissero)

dicembre 2017

PARTE PRIMA

ATTUAZIONE DELLA LEGGE DELEGA
PER LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN AMBITO
PENITENZIARIO, SPECIE PER LE PATOLOGIE PSICHIATRICHE

RELAZIONE INTRODUTTIVA

I principi della legge delega e le linee generali di intervento della Commissione.

L'art. 1, comma 85 lett. l) l. 103/2017 indica tra i principi e criteri direttivi di riforma dell'ordinamento penitenziario, la revisione dello stesso «alla luce del riordino della medicina penitenziaria disposto dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, tenendo conto della necessità di potenziare l'assistenza psichiatrica negli istituti di pena».

La legge delega indica due necessità di cui la Commissione ha tenuto conto: la revisione della disciplina alla luce del d. lgs. n. 230/1999; il potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena.

Con il d. lgs. 22 giugno 1999, n. 230 si è, infatti, attuato il trasferimento delle competenze della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale ed era pertanto necessario intervenire sull'ordinamento penitenziario, adeguando la l. 26 luglio 1975, n. 354 al nuovo regime di competenze in ambito sanitario e valorizzando i servizi necessari per far fronte alle esigenze terapeutiche di detenuti ed internati, affinché lo stato di privazione della libertà personale non incida su diritti fondamentali della persona che devono essere comunque garantiti (art. 32 Cost.).

La seconda esigenza è costituita dal potenziamento dell'assistenza psichiatrica in carcere: gli istituti penitenziari sono da sempre collettori ed amplificatori del disagio psichico ed è necessario che il legislatore e l'amministrazione penitenziaria pongano particolare attenzione alle fragilità psichiche che il carcere sviluppa. A questo riguardo, la Commissione è ben consapevole del fatto che le modifiche che propone costituiscono solo un primo, minimo ma indispensabile, strumento che va in questa direzione, ma è altrettanto consapevole del fatto che, per garantire l'effettivo potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena, serve un forte investimento in termini strutturali e di risorse umane, con la costituzione di specifiche sezioni in carcere all'interno delle quali l'esecuzione della pena possa avvenire tenendo conto delle specifiche esigenze terapeutiche e con personale, numericamente e professionalmente adeguato. Le attuali "Articolazioni per la Tutela della Salute mentale" istituite all'interno di uno o più istituti penitenziari nell'ambito di ogni Regione, in attuazione dell'accordo approvato dalla Conferenza unificata in data 13 ottobre 2011, prevedono un numero di posti (306) del tutto inadeguato, già allo stato attuale, rispetto alle esigenze che l'assistenza psichiatrica in carcere deve soddisfare.

La Commissione è intervenuta su diversi profili di disciplina che saranno oggetto di più specifica illustrazione e di cui si indicano i principali per far comprendere le linee generali di intervento.

In primo luogo era necessario rivedere, alla luce della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria, l'art. 11 ord. penit., che costituisce il fulcro delle disposizioni dedicate alla assistenza sanitaria. Al contempo era necessaria una modifica radicale dell'art. 65 ord. penit. relativo agli "istituti per infermi e minorati" al fine di venire incontro alle esigenze di assistenza ai detenuti con infermità.

La Commissione, tuttavia, considerando che la legge delega richiede di prestare particolare attenzione alla assistenza psichiatrica negli istituti di pena, è intervenuta su due altri fondamentali profili di disciplina che interessano i detenuti con infermità psichica sopravvenuta ed i soggetti con capacità diminuita che costituiscono i destinatari specifici dell'assistenza di tipo psichiatrico in carcere e rispetto ai quali è necessario potenziare percorso extracarcerari per garantire il necessario supporto terapeutico-riabilitativo, che non sempre può essere adeguatamente garantito all'intero degli istituti di pena. In particolare i detenuti con infermità psichica sopravvenuta sono richiamati anche dall'art. 1, comma 16, lett. d) della legge delega, nella parte in cui prevede che la pena detentiva sia scontata in via "principale" nelle sezioni degli istituti di pena con trattamenti terapeutico-riabilitativi; con riferimento, invece, alla disciplina relativa ai soggetti con capacità diminuita, si fa presente che la legge delega, in punto principi e criteri direttivi sulla revisione delle misure di sicurezza personali (art. 1, comma 16, lett. c), prevede non solo l'esclusione del doppio binario, ma altresì la «previsione di un trattamento sanzionatorio finalizzato al superamento delle condizioni che hanno diminuito la capacità dell'agente, anche mediante il ricorso a trattamenti terapeutici o riabilitativi e l'accesso a misure alternative, fatte salve le esigenze di prevenzione a tutela della collettività».

Gli interventi che la Commissione propone sugli artt. 147 e 148 c.p., unitamente alla contemporanea modifica dell'art. 147-ter, comma 1-ter ord. penit. e l'introduzione dell'art. 47-septies ord. penit., sono finalizzati ad incidere sulla disciplina della infermità psichica sopravvenuta e del trattamento sanzionatorio dei soggetti a capacità diminuita. Rispetto alle persone che si trovano in una delle due condizioni giuridiche indicate, la proposta di riforma, in linea con le indicazioni della legge delega, è finalizzata a valorizzare le esigenze di cura della persona, senza trascurare quelle di difesa sociale.

Quanto, alle persone con capacità diminuita, si fa presente che la Commissione ha proposto ulteriori modifiche alla disciplina vigente nell'articolato sulla revisione delle misure di sicurezza personali e del modello definitivo dell'infermità.

Per rendere più chiare le proposte di riforma, sono state evidenziate in carattere grassetto le modifiche solo parziali al testo di legge vigente.

ASSISTENZA SANITARIA IN AMBITO PENITENZIARIO

MODIFICHE ALLA LEGGE 26 LUGLIO 1975, N. 354

TESTO VIGENTE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p>11. <i>Servizio sanitario.</i> – Ogni istituto penitenziario è dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati; dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.</p>	<p>L'art. 11 è così modificato:</p> <p>11. <i>Servizio sanitario.</i> – I detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno il diritto alle prestazioni sanitarie efficaci, tempestive e appropriate ed a prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.</p> <p>Il Servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari uniformandosi al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 sul riordino della medicina penitenziaria.</p> <p>Il Servizio sanitario nazionale assicura idonei interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e della marginalità sociale previsti dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Garantisce ad ogni istituto un servizio medico e un servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati e assicura altresì che sia garantito un presidio del dipartimento di salute mentale adeguato alle dimensioni e alle esigenze di ogni istituto.</p> <p>La Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati, che deve essere adottata da ogni Azienda sanitaria locale nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, ai sensi del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, è messa a disposizione dei detenuti e degli internati con idonei mezzi di pubblicità. Per la predisposizione della</p>

Ove siano necessarie cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. Per gli imputati, detti trasferimenti sono disposti, dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, dal magistrato di sorveglianza; prima della pronuncia della sentenza di primo grado, dal giudice istruttore, durante l'istruttoria formale; dal pubblico ministero, durante l'istruzione sommaria e, in caso di giudizio direttissimo, fino alla presentazione dell'imputato in udienza; dal presidente, durante gli atti preliminari al giudizio e nel corso del giudizio; dal pretore, nei procedimenti di sua competenza; dal presidente della corte di appello, nel corso degli atti preliminari al giudizio dinanzi la corte di assise, fino alla convocazione della corte stessa e dal presidente di essa successivamente alla convocazione.

L'autorità giudiziaria competente ai sensi del comma precedente può disporre, quando non vi sia pericolo di fuga, che i detenuti e gli internati trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura con proprio provvedimento, o con provvedimento del direttore dell'istituto nei casi di assoluta urgenza, non siano sottoposti a piantonamento durante la degenza, salvo che sia necessario per la tutela della loro incolumità personale.

Il detenuto o l'internato che, non essendo sottoposto a piantonamento, si allontana dal luogo di cura senza giustificato motivo è punibile a norma del primo comma dell'articolo 358 del codice penale.

Carta dei servizi sanitari le Aziende unità sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con le rappresentanze dei detenuti e degli internati, scelti a norma dell'art. 31, e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

Quando siano necessarie cure o accertamenti sanitari che non possono essere apprestati dai servizi sanitari negli istituti, il magistrato di sorveglianza dispone il trasferimento dei condannati e degli internati in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. Dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, i trasferimenti sono disposti dal magistrato di sorveglianza; prima della pronuncia della sentenza di primo grado, dal giudice che procede o dal presidente, in caso di organo collegiale. Il magistrato di sorveglianza può delegare il direttore dell'istituto. Quando si tratti di cure e accertamenti sanitari ricorrenti o che non comportano degenza ospedaliera e comunque nei casi di urgenza, il provvedimento è adottato dal direttore dell'istituto e comunicato senza ritardo all'autorità giudiziaria competente.

L'autorità giudiziaria competente può disporre, quando non vi sia il pericolo di fuga, che i detenuti e gli internati trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura con proprio provvedimento, o con provvedimento del direttore dell'istituto nei casi di urgenza, non siano sottoposti a piantonamento durante la degenza, salvo che questo sia ritenuto necessario per la tutela della loro incolumità personale.

All'atto dell'ingresso nell'istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati.

Il sanitario deve visitare ogni giorno gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta; deve segnalare immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini e cure specialistiche; deve, inoltre, controllare periodicamente l'idoneità dei soggetti ai lavori cui sono addetti.

Il detenuto o l'internato che si allontana dal luogo di cura senza giustificato motivo, è punibile a norma del primo comma dell'art. 385 del codice penale.

All'atto dell'ingresso nell'istituto il detenuto e l'internato sono sottoposti a visita medica generale, in coordinamento con il presidio psichiatrico e il servizio per le dipendenze, per accertare la presenza di eventuali malattie fisiche o infermità psichiche, anche al fine di prevenire atti di autolesionismo, e ricevono dal medico informazioni complete sul proprio stato di salute. Nella cartella clinica del detenuto o internato il medico annota immediatamente, anche mediante documentazione fotografica, ogni informazione relativa a segni o indicazioni che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti e, fermo l'obbligo di referto, dà comunicazione al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza.

I detenuti e gli internati hanno diritto altresì a ricevere informazioni complete sul proprio stato di salute durante il periodo di detenzione e all'atto della rimessione in libertà. L'assistenza sanitaria è prestata, durante la permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati e si uniforma ai principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

Il servizio sanitario garantisce quotidianamente la visita degli ammalati e di coloro che ne facciano

<p>I detenuti e gli internati sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose sono immediatamente isolati. Nel caso di sospetto di malattia psichica sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale.</p> <p>In ogni istituto penitenziario per donne sono in funzione servizi speciali per l'assistenza sanitaria alle gestanti e alle puerpere.</p> <p>Alle madri è consentito di tenere presso di sé i figli fino all'età di tre anni. Per la cura e l'assistenza dei bambini sono organizzati appositi asili nido.</p> <p>L'amministrazione penitenziaria, per l'organizzazione e per il funzionamento dei servizi sanitari, può avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extra ospedalieri, d'intesa con la regione e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità.</p> <p>I detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di loro fiducia. Per gli imputati è necessaria l'autorizzazione del magistrato che procede, sino alla pronuncia della sentenza di primo grado.</p>	<p>richiesta; deve segnalare immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini e cure specialistiche; deve, inoltre, controllare periodicamente l'idoneità dei soggetti ai lavori cui sono addetti.</p> <p>In ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di medicina preventiva che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del movimento e dell'attività fisica.</p> <p>Ai detenuti e agli internati è garantita la necessaria continuità con gli eventuali trattamenti in corso all'esterno o all'interno dell'istituto da cui siano stati trasferiti.</p> <p>Ai detenuti e agli internati che, al momento della custodia cautelare in carcere o dell'esecuzione dell'ordine di carcerazione, abbiano in corso un programma terapeutico ai fini di cui alla legge 14 aprile 1982, n. 164, devono essere assicurati, a garanzia della tutela del diritto alla salute, la prosecuzione del programma ed il necessario supporto psicologico.</p> <p>I detenuti e gli internati sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose sono immediatamente isolati. Il direttore dell'istituto, immediatamente informato, ne dà comunicazione al magistrato di sorveglianza.</p> <p>In ogni istituto penitenziario per donne sono in funzione servizi speciali per l'assistenza sanitaria alle gestanti e alle puerpere. [da coordinare con la Commissione Giostra]</p> <p>Alle madri è consentito di tenere presso di sé i figli fino all'età di tre anni. Per la cura e l'assistenza dei bambini sono organizzati appositi asili nido. [da coordinare con la Commissione Giostra]</p> <p>Il comma è soppresso</p>
---	---

<p>Il medico provinciale visita almeno due volte l'anno gli istituti di prevenzione e di pena allo scopo di accertare lo stato igienico-sanitario, l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive disposte dal servizio sanitario penitenziario e le condizioni igieniche e sanitarie dei ristretti negli istituti.</p> <p>Il medico provinciale riferisce sulle visite compiute e sui provvedimenti da adottare al Ministero della sanità e a quello della giustizia, informando altresì i competenti uffici regionali e il magistrato di sorveglianza.</p>	<p>I detenuti e gli internati, a tutela del loro diritto fondamentale alla salute, possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un esercente di una professione sanitaria di loro fiducia. L'autorizzazione è data dal direttore dell'istituto. Con le medesime forme possono essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi a spese degli interessati da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici negli istituti.</p> <p>Il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria dispone la visita almeno due volte l'anno degli istituti di prevenzione e di pena allo scopo di accertare lo stato igienico-sanitario, anche in base alle segnalazioni ricevute, l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive e le condizioni igieniche e sanitarie dei ristretti negli istituti.</p> <p>Il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria riferisce sulle visite compiute e sui provvedimenti da adottare al Ministero della salute e al Ministero della giustizia, informando altresì i competenti uffici regionali e il magistrato di sorveglianza.</p>
---	---

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

L'articolo 11 costituisce norma centrale per l'assistenza sanitaria in carcere. La revisione della norma tiene conto di tre direttrici: adeguare il testo al d. lgs. 230/1999; verificare se alcune disposizioni contenute nel regolamento penitenziario (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 300) fossero di importanza tale da giustificare di riprendere il loro contenuto a livello di legislazione ordinaria; adeguare la disciplina a nuove necessità di tutela della salute.

Sono stati aggiunti due commi iniziali che riprendono principi basilari del d. lgs. 230/1999: il primo afferma in modo chiaro il principio di parità di detenuti ed internati

rispetto ai cittadini in stato di libertà, sancendo il diritto a prestazioni sanitarie efficaci, tempestive e appropriate ed alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. La Commissione ritiene che l'effettività della garanzia si giochi anche sul terreno della disciplina delle liste d'attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: spesso accade che il trasferimento del detenuto in altro istituto penitenziario, che ricade sotto la competenza di altra azienda sanitaria, faccia perdere la precedenza acquisita nella lista d'attesa per una prestazione richiesta prima del trasferimento, con pregiudizio per lo stato di salute della persona (v. nuovo comma 12).

Il secondo comma stabilisce che il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari uniformandosi al d. lgs. n. 230/1999: si tratta di una disposizione che, ribadendo quanto previsto dal decreto legislativo citato, è bene sia presente anche nella legge di ordinamento penitenziario.

Il terzo comma, nella prima parte, valorizza gli interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e della marginalità sociale, interventi che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare. La seconda parte del terzo comma riproduce il contenuto del primo comma del vigente art. 11, ma precisa che spetta al servizio sanitario l'organizzazione di un servizio medico e di un servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati. Infine, rispetto alla disciplina attuale, si è ritenuta insufficiente la previsione della presenza di almeno uno psichiatra per istituto: per garantire, come previsto nella prima parte dello stesso comma terzo, idonei interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico, è necessario che il servizio sanitario nazionale garantisca «un presidio del dipartimento di salute mentale adeguato alle dimensioni e alle esigenze di ogni istituto».

Il quarto comma riprende la disciplina del d. lgs. 230/1999 sulla carta dei servizi che deve essere adottata da ogni Azienda sanitaria locale nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario e messa a disposizione dei detenuti e degli internati con idonei mezzi di pubblicità. A tal fine sono promosse consultazioni con le rappresentanze dei detenuti e degli internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

Il quinto comma modifica la norma sulle autorizzazioni a cure e accertamenti sanitari che non possono essere garantiti dal servizio sanitario all'interno degli istituti. Si tratta di un profilo delicato della disciplina, in quanto l'individuazione dell'autorità competente è anche condizione di efficacia dell'intervento sanitario. La Commissione ritiene che, con riferimento agli imputati (per i detenuti il problema non si pone), non sarebbe adeguato a soddisfare le specifiche esigenze sanitarie rimettere la competenza al magistrato che sta procedendo, in quanto sussistono difficoltà di ordine pratico, considerato che tale giudice non è una figura di magistrato di prossimità che presiede quotidianamente l'ufficio e non è solito interloquire con l'area della Sanità penitenziaria, senza contare che in molti casi può trovarsi anche geograficamente in località assai distante dall'istituto penitenziario nel quale l'imputato è recluso.

La Commissione ritiene che la disciplina delle autorizzazioni per cure e accertamenti sanitari, che non possono essere eseguiti in istituto, sia meglio soddisfatta garantendo centralità alla competenza del magistrato di sorveglianza, in linea con la disciplina attuale che va comunque rivista al fine di assicurare il necessario adeguamento della legge di ordinamento penitenziario del 1975 alle disposizioni del codice di procedura penale, entrato in vigore successivamente: la competenza sulle autorizzazioni spetta in via principale al magistrato di sorveglianza, quale giudice di prossimità, non solo ovviamente nella fase successiva al passaggio in giudicato della sentenza, ma già anche dopo la pronuncia della sentenza di primo grado; mentre prima di questo momento, la competenza

spetta al giudice che procede (in caso di organo collegiale, al presidente). La Commissione si è fatta carico anche dell'esigenza di predisporre una disciplina capace di coniugare l'individuazione delle competenze con l'esigenza di tutelare il diritto alla salute: solo nei casi in cui la competenza sia incardinata sul magistrato di sorveglianza è stata prevista la possibilità di delega al direttore dell'istituto; nei casi, invece, di cure e accertamenti sanitari ricorrenti, che non comportano degenza ospedaliera (si pensi alla necessità di un trattamento fisioterapico giornaliero con impiego di apparecchiature non presenti in istituto) o nei casi di urgenza, il provvedimento viene adottato dal direttore dell'istituto, che deve darne altresì tempestiva comunicazione all'autorità giudiziaria competente.

Il sesto comma riproduce quello attuale, ma è stato soppresso l'aggettivo "assoluta" che introduce un limite quantitativo di difficile determinazione in relazione alla condizione di "urgenza".

L'autorità giudiziaria competente può disporre, quando non vi sia il pericolo di fuga, che i detenuti e gli internati trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura con proprio provvedimento, o con provvedimento del direttore dell'istituto nei casi di urgenza, non siano sottoposti a piantonamento durante la degenza, salvo che questo sia ritenuto necessario per la tutela della loro incolumità personale.

Il settimo comma contiene la disciplina sanzionatoria dell'allontanamento ingiustificato dal luogo di cura con rinvio alla disciplina del delitto di evasione (art. 385 c.p.): riprende quella già vigente, ma è stato allargato il campo di applicazione di questa fattispecie, perché l'art. 11 vigente prevede che sussiste evasione solo in caso di allontanamento senza giustificato motivo da parte di chi non sia sottoposto a piantonamento. Poiché la sottrazione al potere coercitivo dello Stato si realizza comunque, si è ritenuto di eliminare l'inciso «non essendo sottoposto a piantonamento».

L'ottavo comma, relativo alla disciplina della visita medica generale all'ingresso in istituto, valorizza l'accertamento di eventuali infermità psichiche e, proprio a tal fine, prevede che la visita debba essere svolta in coordinamento con il presidio psichiatrico e il servizio per le tossicodipendenze, allo scopo di intercettare fragilità psichiche e prevenire così il rischio di suicidi in carcere.

Il secondo periodo del comma 9 è stato inserito a seguito dei rilievi del Garante nazionale sulle attività che il personale medico dovrebbe svolgere all'atto della visita di ingresso in carcere del detenuto al fine della prevenzione di eventuali maltrattamenti che possono essere occorsi nelle fasi precedenti all'ingresso dello stesso (rilievi supportati da ampi rinvii alla disciplina sovranazionale sulle regole penitenziarie del Consiglio d'Europa, regole minime per il trattamento dei detenuti elaborate dall'ONU). La Commissione aveva ampiamente discusso la questione e riteneva che l'obbligo di referto costituisse uno strumento già presente nel sistema. Tuttavia, alla luce dei rilievi del Garante Nazionale, la Commissione è dell'avviso che, fermo l'obbligo di referto all'autorità giudiziaria ai sensi della disciplina vigente, il medico debba annotare nella cartella clinica del detenuto, anche mediante documentazione fotografica, ogni informazione relativa a segni o indicazioni che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti e ne dia comunicazione al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza. In tal modo, gli obblighi di documentazione e di comunicazione rafforzano l'obbligo di referto, garantendo una traccia più forte (utile anche ai fini dell'accertamento di eventuali responsabilità penali) degli elementi dai quali possano emergere segni di maltrattamenti o violenza.

Viene altresì riconosciuto il diritto di detenuti ed internati ad avere informazioni complete sul loro stato di salute, non solo all'atto di ingresso in istituto, ma anche durante e al termine del periodo di detenzione. Con riferimento alle prestazioni sanitarie va

assicurato, come ad ogni cittadino libero, il rispetto dei principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

Il comma 10 riproduce il contenuto del vigente comma 6.

Il nuovo comma 11 (il cui contenuto riprende quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 17 reg. penit.) è finalizzato a prevenire le patologie connesse alle situazioni di scarso movimento fisico in ragione dello stato di limitazione della libertà personale, specie quando il detenuto sia sottoposto a speciali regimi trattamentali.

La Commissione propone di inserire un comma 12 che sottolinei la necessità di garantire la continuità dei trattamenti sanitari in corso all'esterno o all'interno dell'istituto da cui il detenuto è stato trasferito, così da assicurare un sistema che consenta ai detenuti di non perdere la priorità acquisita nelle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie in convenzione con il servizio sanitario nazionale.

Il comma 13 prevede che ai detenuti ed agli internati, i quali all'atto di ingresso in carcere abbiano in corso un programma terapeutico di transizione sessuale, debba essere assicurata la possibilità di proseguire tale percorso, anche attraverso il necessario supporto psicologico, in quanto l'interruzione della terapia ormonale avrebbe effetti pregiudizievoli sulla salute della persona.

Nel comma 14 è stato eliminato il riferimento ai provvedimenti che devono essere adottati senza indugio in caso sospetto di malattia psichica, in quanto già l'ottavo comma valorizza le visite in coordinamento con il presidio psichiatrico e con il servizio per le tossicodipendenze. Si è invece previsto che, in caso di sospetto di malattie contagiose, il direttore informi immediatamente il magistrato di sorveglianza.

La Commissione non si è occupata di rivedere il vigente comma 8 dell'art. 11 che dispone specifici servizi sanitari rivolti alle donne, in quanto il tema è affrontato dalla Commissione presieduta dal Prof. Giostra sulla revisione dell'ordinamento penitenziario. È stata anche espunta la disposizione sugli asili nido per madri con figli sino a tre anni di età (vigente comma 9), in quanto si tratta di disposizione che non attiene alla organizzazione del servizio sanitario e va rivista all'interno della disciplina sui rapporti tra madri e figli in contesto penitenziario: anche questa disposizione va considerata all'interno della Commissione presieduta dal Prof. Giostra.

Il trasferimento delle competenze della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale giustifica l'abrogazione del vigente comma decimo, il quale prevede che l'amministrazione penitenziaria possa avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extra ospedalieri.

Il comma 15, riproducendo il contenuto dell'art. 17, commi 6 e 7 D.P.R. 230/2000, estende l'ambito dei trattamenti sanitari che detenuti ed internati possono richiedere a proprie spese: non solo la visita dell'esercente una professione sanitaria di loro fiducia, ma anche trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici negli istituti. L'autorizzazione è data dal direttore dell'istituto, analogamente a quanto già oggi prevede l'art. 17 D.P.R. 230/2000.

La Commissione ha esplicitato, mediante l'inciso «a tutela del loro diritto fondamentale alla salute», che la possibilità di richiedere di essere visitati a proprie spese costituisce esplicitazione di un diritto fondamentale della persona. In tal modo diventa consequenziale la possibilità di presentare reclamo ai sensi dell'art. 35-*bis* ord. penit. La Commissione ritiene che non debba essere richiamato espressamente la possibilità di presentare reclamo a fronte di un diniego alla richiesta, al fine di evitare che il reclamo non sia ritenuto azionabile in situazioni assimilabili a quella di cui all'art. 11 co. 11 ord. penit. I magistrati di sorveglianza presenti in Commissione ritengono peraltro opportuno

introdurre la previsione che in caso di diniego da parte del direttore gli atti vengano trasmessi al magistrato di sorveglianza.

Infine, i commi 16 e 17 riproducono gli ultimi due commi dell'art. 11, prevedendo la competenza non più del medico provinciale, ma del direttore generale dell'azienda unità sanitaria.

Dopo l'articolo 11 è inserito l'articolo 11-bis

11-bis. Accertamento delle infermità psichiche. – L'accertamento delle condizioni psichiche dei detenuti e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli articoli 147, comma 1, n. 2, 206, 212 del codice penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale, è disposto, su richiesta dell'interessato, su segnalazione della direzione dell'istituto o d'ufficio, dal giudice competente ai sensi dell'art. 11, comma 5. L'accertamento è espletato presso le sezioni di cui all'art. 65. Il giudice può, altresì, disporre che l'accertamento sia svolto presso idonea struttura indicata dal competente dipartimento di salute mentale.

2. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni.

3. All'esito dell'accertamento, il giudice che procede o il magistrato di sorveglianza, ove non adotti uno dei provvedimenti previsti dagli 147, comma 1, n. 2, 206, 212 del codice penale o dagli articoli 70, 71, e 72 del codice di procedura penale, dispone il rientro nell'istituto di provenienza.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Commissione propone di aggiungere, dopo l'art. 11, un nuovo art. 11-*bis*, che riproduce il contenuto della disciplina dell'art. 112 D.P.R. 230/2000 sull'accertamento delle infermità psichiche, con adattamento alla nuova disciplina dell'infermità psichica sopravvenuta, della trasformazione delle misure di sicurezza e delle misure di sicurezza provvisorie. La novità è costituita dal luogo nel quale è svolto l'accertamento: si prevede che l'accertamento sia effettuato nelle speciali sezioni di cui all'art. 65 ord. penit., salvo che il giudice disponga che lo stesso sia svolto presso idonea struttura indicata dal competente dipartimento di salute mentale.

Art. 31

TESTO ATTUALE	TESTO PROPOSTO
<i>Costituzione delle rappresentanze dei detenuti e degli internati.</i> – Le rappresentanze dei detenuti e degli internati previste dagli articoli 12 e 27 sono nominate per sorteggio secondo le modalità indicate dal regolamento interno dell'istituto.	<i>Costituzione delle rappresentanze dei detenuti e degli internati.</i> – Le rappresentanze dei detenuti e degli internati previste dagli articoli 11 comma 4 , 12 e 27 sono nominate per sorteggio secondo le modalità indicate dal regolamento interno dell'istituto.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

la necessità di integrare l'articolo 31, con il richiamo dell'art. 11, comma 4 deriva dal fatto che la carta dei servizi deve essere adottata, promuovendo consultazioni anche con le rappresentanze di detenuti ed internati, in conformità a quanto prevede il d. lgs. 230/1999.

Art. 65

TESTO ATTUALE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p><i>Istituti per infermi e minorati.</i> – I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento.</p> <p>A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari.</p>	<p><i>Sezioni per detenuti con infermità.</i> - Nei confronti dei condannati a pena diminuita ai sensi degli articoli 89 e 95 del codice penale, quando non sia applicabile una misura alternativa alla detenzione che consenta un adeguato trattamento terapeutico riabilitativo, e nei confronti dei soggetti affetti da infermità psichiche sopravvenute le pene detentive sono eseguite in sezioni speciali finalizzate a favorire il trattamento terapeutico e il superamento delle suddette condizioni.</p> <p>Le sezioni speciali sono ad esclusiva gestione sanitaria.</p> <p>Alle sezioni di cui al presente articolo sono assegnati altresì i soggetti di cui all'articolo 11-<i>bis</i>, nonché quelli cui è applicata in via provvisoria una misura di sicurezza ai sensi dell'art. 206.</p> <p>I soggetti affetti da disabilità fisiche sono assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento.</p> <p>I soggetti di cui al presente articolo sono assegnati alle sezioni ordinarie, previo eventuale periodo di prova, quando siano venute meno le condizioni di infermità psichica o di disabilità fisica.</p>

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Commissione considera la nuova formulazione dell'articolo 65 centrale per garantire un regime penitenziario capace di coniugare l'esecuzione di una pena in carcere con il necessario supporto terapeutico e riabilitativo, specie nei confronti dei soggetti con infermità psichica o in stato di cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti.

A differenza della disciplina attuale, la Commissione, propone di differenziare tra disabilità fisica e infermità psichica: le sezioni ex art. 65 riguardano solo le persone con infermità psichica, mentre per quelle con disabilità fisica si prevede l'assegnazione ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento (comma 4).

L'art. 65 prevede che a queste sezioni siano destinati i condannati ai quali sia riconosciuta la capacità diminuita ai sensi degli artt. 89 e 95 c.p., nonché i soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche: a queste sezioni devono essere quindi assegnati anche i soggetti con infermità psichica sopravvenuta, interessati dalle proposte di riforma di cui agli artt. 147 e 148 c.p. Il novero dei soggetti da assegnare a queste sezioni è poi integrato dal terzo comma, che vi include anche i soggetti di cui all'articolo

11-*bis*, nonché quelli cui è applicata in via provvisoria una misura di sicurezza ai sensi dell'art. 206.

La Commissione considera di particolare importanza l'inciso, presente nel primo comma, a tenore del quale, «*quando non sia applicabile una misura alternativa alla detenzione che consenta un adeguato trattamento terapeutico riabilitativo*»: si tratta di un inciso importante che la Commissione ritiene che debba essere mantenuto per i soggetti con capacità diminuita, al fine di assicurare la necessaria residualità della soluzione carceraria rispetto a soluzioni sul terreno delle misure alternative, più adeguate alle esigenze terapeutiche del soggetto in piena conformità alla legge delega.

Il comma 2 introduce una novità significativa, disponendo che tali sezioni siano ad esclusiva gestione sanitaria: si tratta di una indicazione che privilegia le esigenze terapeutiche nella gestione interna, da affidare in via esclusiva al personale del dipartimento di salute mentale, analogamente a quanto avviene nelle REMS e avveniva nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Una sperimentazione in tal senso è stata avviata nell'istituto penitenziario di Lecce.

Se le condizioni di salute del detenuto migliorano, è possibile ripristinare l'ingresso nelle sezioni ordinarie (comma 5).

INFERMITÀ PSICHICA SOPRAVVENUTA
E SOGGETTI A CAPACITÀ DIMINUITA

MODIFICHE AL CODICE PENALE

Art. 147

TESTO VIGENTE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p><i>Rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena.</i></p> <p>L'esecuzione di una pena può essere differita:</p> <ol style="list-style-type: none">1) se è presentata domanda di grazia, e l'esecuzione della pena non deve esser differita a norma dell'articolo precedente;2) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica;3) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni. <p>Nel caso indicato nel numero 1, l'esecuzione della pena non può essere differita per un periodo superiore complessivamente a sei mesi, a decorrere dal giorno in cui la sentenza è divenuta irrevocabile, anche se la domanda di grazia è successivamente rinnovata.</p> <p>Nel caso indicato nel numero 3) del primo comma il provvedimento è revocato, qualora la madre sia dichiarata decaduta dalla responsabilità genitoriale sul figlio ai sensi dell'articolo 330 del codice civile, il figlio muoia, venga abbandonato ovvero affidato ad altri che alla madre.</p> <p>Il provvedimento di cui al primo comma non può essere adottato o, se adottato, è revocato se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti.</p>	<p>Al numero 2, aggiungere, dopo la parola "fisica", «o psichica»:</p> <ol style="list-style-type: none">2) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica o psichica;

Art. 148

TESTO VIGENTE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p><i>Infermità psichica sopravvenuta al condannato</i></p> <p>Se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato una infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un ospedale psichiatrico giudiziario, ovvero in una casa di cura e di custodia. Il giudice può disporre che il condannato, invece che in un ospedale psichiatrico giudiziario, sia ricoverato in un ospedale psichiatrico civile, se la pena inflittagli sia inferiore a tre anni di reclusione o di arresto, e non si tratti di delinquente o contravventore abituale o professionale o di delinquente per tendenza.</p> <p>Il provvedimento di ricovero è revocato, e il condannato è sottoposto all'esecuzione della pena, quando sono venute meno le ragioni che hanno determinato tale provvedimento.</p>	<p>L'art. 148 è abrogato</p>

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La proposta di riforma degli articoli 147 e 148 c.p. è finalizzata a razionalizzare la disciplina dei casi di infermità psichica sopravvenuta attraverso l'abrogazione della disciplina dell'art. 148 c.p., che era specificatamente ad essa dedicata, e la corrispondente estensione del rinvio facoltativo della pena anche nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità psichica (nuova formulazione dell'art. 147, comma 1, n. 2 c.p.). In tal modo, attraverso l'equiparazione tra grave infermità fisica e psichica si determinano due effetti positivi per le persone condannate con infermità psichica sopravvenuta. In primo luogo, l'ordinamento penale si apre a soluzioni flessibili che permettono di adeguare le modalità di esecuzione della pena alle esigenze di cura della persona. L'estensione dell'ambito di applicazione dell'art. 147 c.p. garantisce, infatti, la possibilità di applicare la detenzione domiciliare, in quanto l'art. 47-ter, comma 1-ter ord. penit. dispone che, nei casi in cui potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 c.p., il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite generale previsto dal comma 1 dell'art. 47-ter, può disporre l'applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato: la misura permette di garantire alle persone con infermità psichica sopravvenuta l'esecuzione della pena nella

propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza, così da soddisfare le esigenze di supporto terapeutico in un contesto extracarcerario.

Allo stesso tempo, la proposta prevede una nuova ipotesi di affidamento in prova, modellato sulla disciplina dell'affidamento in prova in casi particolari che l'attuale art. 94 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 riserva solo alle persone tossicodipendenti o alcolodipendenti. La nuova misura alternativa (art. 47-*septies* ord. penit.) è applicabile, oltre che laddove la pena detentiva debba essere eseguita nei confronti di persona condannata a pena diminuita ai sensi dell'art. 89 c.p., anche nei casi in cui sia presente una grave infermità psichica, ai sensi dell'art. 147 comma 1, n. 2 c.p.: nei confronti del condannato che si venga a trovare in una condizione di infermità psichica sopravvenuta potrebbero essere, dunque, applicate due misure, la detenzione domiciliare e questa nuova ipotesi di affidamento arricchito da un programma a contenuto terapeutico. Le due misure sono caratterizzate da un diverso grado di incidenza sulla libertà personale (una, infatti, si esegue in ambito residenziale, mentre l'altra segue le modalità esecutive in libertà proprie dell'affidamento in prova) e, proprio per questa ragione, sono in grado di adeguarsi alle esigenze di cura e di controllo della persona; a ciò si aggiunga che, proprio in ragione del diverso contenuto delle due misure, sono previste diverse condizioni di accesso, perché, mentre la detenzione domiciliare non soggiace a limiti di pena, l'affidamento in prova può essere concesso solo per condanne sino a sei anni o, nei casi di cui all'art. 4-*bis*, comma 1 ord. penit., quattro anni.

L'applicazione dell'art. 47-*septies* dovrebbe prevalere rispetto alla detenzione domiciliare, qualora del primo sussistano i requisiti: per questa ragione, la Commissione ritiene che nel comma 1-*ter* dell'art. 47-*ter* dovrebbe essere inserita una clausola che indichi al giudice la possibilità di applicare la detenzione domiciliare «sempre che non ricorrano i presupposti per l'affidamento in prova ai sensi dell'art. 47-*septies*».

Infine, poiché l'art. 147 c.p. contempla un caso di rinvio facoltativo, rimane sempre ferma la possibilità di disporre il rinvio *tout court* o di ordinare l'esecuzione della pena: in quest'ultimo caso, la pena deve essere scontata all'interno di speciali sezioni finalizzate a favorire il trattamento terapeutico e il superamento delle condizioni di infermità previste dall'art. 65 ord. penit. nella disciplina proposta da questa Commissione. Il carattere di novità della disciplina sta non solo nella previsione di un adeguato trattamento terapeutico riabilitativo, ma anche nella esclusiva gestione sanitaria di queste sezioni.

La disciplina sanzionatoria dei condannati con infermità psichica sopravvenuta si presenta in linea con la legge delega anche in relazione all'art. 1, comma 16, lett. d) che prevede di destinare alle REMS in via prioritaria i soggetti prosciolti per infermità psichica al momento del fatto: la soluzione di prevedere in via prioritaria l'accesso a due misure alternative e, in via subordinata, l'esecuzione della pena in sezioni a gestione sanitaria all'interno degli istituti penitenziari costituisce un efficace strumento, per ridurre i ricoveri nelle REMS.

Art. 47-ter, comma 1-ter

TESTO VIGENTE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p>1-ter. Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare</p>	<p>1-ter. Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1 e sempre che non ricorrano i presupposti per l'affidamento in prova ai sensi dell'art. 47-septies, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante l'esecuzione della detenzione domiciliare.</p>

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Ai soggetti con vizio parziale di mente è, inoltre, applicabile la disciplina della detenzione domiciliare eseguita presso la propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza e accoglienza alle condizioni fissate dall'art. 47-ter ord. penit. Sui presupposti di questa misura alternativa, la Commissione ritiene che la disciplina attuale non debba essere modificata.

Propone, invece, di modificare il comma 1-ter dell'art. 47-ter, relativo ai casi in cui la misura della detenzione domiciliare può essere concessa nei casi di rinvio obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 c.p.: si propone di inserire l'inciso «sempre che non ricorrano i presupposti per l'affidamento in prova ai sensi dell'art. 47-septies», così da coordinare le due misure, dando preferenza alla nuova ipotesi di affidamento in prova a contenuto terapeutico-riabilitativo.

Dopo l'art. 47-sexies è aggiunto il seguente:

47-septies. Affidamento in prova di condannati con infermità psichica. - 1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona condannata a pena diminuita ai sensi degli articoli 89 e 95 del codice penale o nei casi di grave infermità psichica, ai sensi dell'art. 147, comma 1, n. 2 del codice penale, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova ai sensi delle disposizioni di questo articolo per proseguire o intraprendere un programma terapeutico e di assistenza psichiatrica in libertà concordato con il dipartimento di salute mentale dell'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata accreditata. L'affidamento in prova può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni o a quattro anni se relativa a reato di cui all'articolo 4-bis comma 1 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni. Affinché il trattamento sia eseguito a carico del servizio sanitario nazionale la struttura interessata deve essere in possesso dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed aver stipulato gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del citato decreto legislativo.

2. All'istanza è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata dal dipartimento di salute mentale attestante le condizioni di salute del soggetto ed il programma terapeutico e di assistenza psichiatrica.

3. Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se ritiene che sussistano i presupposti per il suo accoglimento ed il grave pregiudizio al percorso di cura derivante dal protrarsi della detenzione e sempre che non vi sia pericolo di fuga, dispone con ordinanza la liberazione del condannato e l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova. L'ordinanza conserva efficacia fino alla decisione del tribunale di sorveglianza cui il magistrato trasmette immediatamente gli atti. Il tribunale decide entro sessanta giorni.

4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma, unitamente alle altre prescrizioni, contribuisca alla cura e al recupero del condannato ed assicuri la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati. All'atto dell'affidamento in prova è redatto verbale in cui sono indicate le modalità del programma e le prescrizioni.

5. Tra le prescrizioni impartite sono comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma e quelle di cui all'articolo 47, comma 5, in quanto compatibili con la condizione di infermità psichica della persona e le sue esigenze di cura e assistenza. Sono altresì stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che la persona inizi immediatamente o prosegua il programma terapeutico.

6. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento; tuttavia qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa, più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

7. Fermo restando l'obbligo dell'ufficio esecuzione penale esterna ai sensi dell'art. 47, comma 10, il dipartimento di salute mentale riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto.

8. Qualora nel corso dell'affidamento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporre la prosecuzione ai fini del reinserimento sociale anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47.

9. Si applicano, per quanto non diversamente stabilito, le disposizioni previste dall'articolo 47.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Commissione propone di introdurre una nuova misura alternativa alla detenzione all'art. 47-*septies* ord. penit.: tale misura è applicabile, non solo nei confronti dei condannati con infermità psichica sopravvenuta, come innanzi evidenziato, ma anche nei confronti dei soggetti a capacità ridotta ai sensi degli artt. 89 (vizio parziale di mente) e 95 c.p. (intossicazione cronica da alcool e sostanze stupefacenti). Questo affidamento può essere disposto in ogni momento e prevede la prosecuzione o l'avvio di un programma terapeutico e di assistenza psichiatrica in libertà concordato con il dipartimento di salute mentale dell'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata accreditata. A differenza di quanto prevede l'art. 47-*quater* ord. penit. per i condannati affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria, ai quali l'affidamento in prova ex art. 47 può essere applicato anche oltre i limiti di pena ivi previsti, la Commissione ritiene ragionevole prevedere, in ragione della analogia di scopo terapeutico, limiti di accesso analoghi a quelli previsti dall'art. 94 in generale per l'affidamento in prova (art. 47 ord. penit.) e che si ritrovano anche nella disciplina, assimilabile quanto a scopo terapeutico, dell'art. 94 D.P.R. 309/1990 in relazione alla persona tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi: si spiega così perché la nuova ipotesi di affidamento in prova possa essere concessa, quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni o a quattro anni se relativa a reato di cui all'articolo 4-*bis* comma 1 della legge 26 luglio 1975 n. 354 e successive modificazioni.

La disciplina dell'art. 47-*septies* prevede alcune disposizioni specifiche che sono state tratte dall'art. 94 D.P.R. 309/1990, che costituisce l'ipotesi di affidamento a contenuto terapeutico più vicina a quella di nuova introduzione, mentre rinvia, per quanto non diversamente disposto, all'art. 47 ord. penit. (comma 9).

Quando il trattamento è eseguito presso una struttura privata, affinché il trattamento sia posto a carico del servizio sanitario nazionale, è necessario che la struttura interessata sia accreditata ai sensi di legge ed abbia stipulato gli accordi contrattuali di cui al d. lgs. 502/1992.

Il comma 2 costituisce l'estensione al nuovo affidamento della disciplina prevista dall'art. 91 d.P.R. 309/1992, sulla necessità di allegazione, a pena di inammissibilità, della certificazione rilasciata dal dipartimento di salute mentale sulle condizioni di salute del soggetto ed il programma terapeutico e di assistenza psichiatrica.

Il terzo comma intende assicurare garantire una disciplina a garanzia delle esigenze terapeutiche del condannato nei cui confronti sia stato eseguito l'ordine di carcerazione, quando sussista grave pregiudizio al percorso di cura derivante dal protrarsi della detenzione: il magistrato di sorveglianza può disporre l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova se sussistono i presupposti per l'applicazione della misura e non c'è pericolo di fuga. La decisione è rimessa al tribunale di sorveglianza che deve decidere entro sessanta giorni.

Il programma terapeutico e le altre prescrizioni (da indicare nel verbale di affidamento) devono contribuire al recupero del condannato ed assicurare la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati (comma 4). È necessario che le prescrizioni, incluse quelle di cui all'art. 47, comma 5, siano compatibili con la condizione di infermità psichica della persona e le sue esigenze di cura e assistenza.

Il comma 6 prevede la retrodatazione dell'inizio dell'affidamento in prova, qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, analogamente a quanto previsto dall'art. 94, comma 4, ultima parte d.P.R. 309/1990.

Il comma 7 stabilisce il raccordo tra il dipartimento di salute mentale e il magistrato di sorveglianza, attraverso periodiche comunicazioni sul comportamento del soggetto; non viene meno l'obbligo di relazione periodica a carico dell'ufficio esecuzione penale esterna a norma dell'art. 47, comma 10.

Il comma 8 riproduce la disciplina del comma 6-*bis* dell'art. 94 d.P.R. 309/1990 che consente al magistrato di sorveglianza, nel caso in cui sia stata positivamente terminata la parte terapeutica del programma, di disporre comunque la prosecuzione dell'affidamento, previa rideterminazione delle prescrizioni, anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47.

L'ultimo comma dispone, per quanto non diversamente stabilito, l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 47.

MODIFICHE AL CODICE DI PROCEDURA PENALE

Art. 656

TESTO VIGENTE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p>Art. 656. <i>Esecuzione delle pene detentive</i></p>	<p>Art. 656. <i>Esecuzione delle pene detentive</i></p>
<p>[omissis]</p>	<p>[omissis]</p>
<p>5. Se la pena detentiva, anche se costituente residuo di maggiore pena, non è superiore a tre anni, quattro anni nei casi previsti dall'articolo 47-ter, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, o sei anni nei casi di cui agli articoli 90 e 94 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, il pubblico ministero, salvo quanto previsto dai commi 7 e 9, ne sospende l'esecuzione. L'ordine di esecuzione e il decreto di sospensione sono notificati al condannato e al difensore nominato per la fase dell'esecuzione o, in difetto, al difensore che lo ha assistito nella fase del giudizio, con l'avviso che entro trenta giorni può essere presentata istanza, corredata dalle indicazioni e dalla documentazione necessarie, volta ad ottenere la concessione di una delle misure alternative alla detenzione di cui agli articoli 47, 47-ter e 50, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, e di cui all'articolo 94 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, ovvero la sospensione dell'esecuzione della pena di cui all'articolo 90 dello stesso testo unico. L'avviso informa altresì che, ove non sia presentata l'istanza, o la stessa sia inammissibile ai sensi degli articoli 90 e seguenti del citato testo unico, l'esecuzione della pena avrà corso immediato.</p>	<p>5. Se la pena detentiva, anche se costituente residuo di maggiore pena, non è superiore a tre anni, quattro anni nei casi previsti dall'articolo 47-ter, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, o sei anni nei casi di cui agli articoli 47-septies della legge 26 luglio 1975, n. 354, nonché nei casi di cui agli articoli 90 e 94 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, il pubblico ministero, salvo quanto previsto dai commi 7 e 9, ne sospende l'esecuzione. L'ordine di esecuzione e il decreto di sospensione sono notificati al condannato e al difensore nominato per la fase dell'esecuzione o, in difetto, al difensore che lo ha assistito nella fase del giudizio, con l'avviso che entro trenta giorni può essere presentata istanza, corredata dalle indicazioni e dalla documentazione necessarie, volta ad ottenere la concessione di una delle misure alternative alla detenzione di cui agli articoli 47, 47-ter, 47-septies e 50, comma 1, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, e di cui all'articolo 94 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, ovvero la sospensione dell'esecuzione della pena di cui all'articolo 90 dello stesso testo unico. L'avviso informa altresì che, ove non sia presentata l'istanza, o la stessa sia inammissibile ai sensi degli articoli 90 e seguenti del citato testo unico, l'esecuzione della pena avrà corso immediato.</p>
<p>[omissis]</p>	<p>[omissis]</p>

8. Salva la disposizione del comma 8-bis, qualora l'istanza non sia tempestivamente presentata, o il tribunale di sorveglianza la dichiari inammissibile o la respinga, il pubblico ministero revoca immediatamente il decreto di sospensione dell'esecuzione. Il pubblico ministero provvede analogamente quando l'istanza presentata è inammissibile ai sensi degli articoli 90 e seguenti del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché, nelle more della decisione del tribunale di sorveglianza, quando il programma di recupero di cui all'articolo 94 del medesimo testo unico non risulta iniziato entro cinque giorni dalla data di presentazione della relativa istanza o risulta interrotto. A tal fine il pubblico ministero, nel trasmettere l'istanza al tribunale di sorveglianza, dispone gli opportuni accertamenti.

8. Salva la disposizione del comma 8-bis, qualora l'istanza non sia tempestivamente presentata, o il tribunale di sorveglianza la dichiari inammissibile o la respinga, il pubblico ministero revoca immediatamente il decreto di sospensione dell'esecuzione. Il pubblico ministero provvede analogamente quando l'istanza presentata è inammissibile ai sensi **dell'articolo 47-septies, comma 2 della legge 26 luglio 1975, n. 354, ovvero** degli articoli 90 e seguenti del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché, nelle more della decisione del tribunale di sorveglianza, quando il programma di recupero di cui all'articolo 94 del medesimo testo unico, **ovvero il programma terapeutico di cui all'articolo 47-septies, comma 2 della legge 26 luglio 1975, n. 354,** non risultano iniziati entro cinque giorni dalla data di presentazione della relativa istanza o risultano interrotti. A tal fine il pubblico ministero, nel trasmettere l'istanza al tribunale di sorveglianza, dispone gli opportuni accertamenti.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La modifica si rende indispensabile per consentire la fruizione *ab externo* della nuova forma di affidamento in prova terapeutico destinata ai condannati con infermità psichica (art. 47-septies ord. penit.). Dal momento che il limite di pena che consente l'accesso a tale misura coincide con quello previsto dall'art. 94 d.P.R. 309/1990 per l'affidamento in casi particolari, la disposizione è stata interpolata, con le opportune aggiunte, nelle parti in cui fa riferimento a tale istituto (comma 5). Analogamente, poiché si è ritenuto di introdurre anche per la misura di nuovo conio un onere di allegazione all'istanza – inerente al programma terapeutico che si è intrapreso o si intende intraprendere – è stato necessario intervenire sulla previsione in tema di revoca della sospensione dell'ordine di esecuzione (comma 8).

PARTE SECONDA

REVISIONE DEL SISTEMA DELLE PENE ACCESSORIE

RELAZIONE INTRODUTTIVA

Quadro generale della proposta di riforma.

La legge delega prevede, tra i principi e criteri direttivi di riforma dell'ordinamento penitenziario, la «revisione del sistema delle pene accessorie improntata al principio della rimozione degli ostacoli al reinserimento sociale del condannato ed esclusione di una loro durata superiore alla durata della pena principale» (art. 1, comma 85, lett. *u*).

Il tema delle pene accessorie costituisce uno snodo fondamentale del sistema sanzionatorio, evidenziato dalle diverse proposte di riforma elaborate dalle commissioni di studio fin qui istituite per la revisione della parte generale del codice penale: ad essere interessati sono il rapporto con le pene principali, la possibilità di configurare alcune pene accessorie come pene principali, la loro funzione e l'armonizzazione con l'art. 27, comma 3 Cost.

La delega sul punto è molto ampia, in quanto, tra i principi e criteri direttivi di riforma dell'ordinamento penitenziario, dà solo due indicazioni: la necessità di revisionare la disciplina così da consentire di rimuovere gli ostacoli al reinserimento sociale del condannato e una indicazione sul limite di durata, che non può essere superiore alla durata della pena principale.

Quanto alla indicazione del limite di durata, la disciplina attuale prevede che, quando la legge stabilisce che la condanna importa una pena accessoria temporanea, e la durata di questa non è espressamente determinata, la pena accessoria ha una durata eguale a quella della pena principale inflitta, salvi sempre i limiti minimi e massimi stabiliti per ciascuna specie di pena accessoria (art. 37 c.p.). Fanno eccezione a questa regola i casi nei quali la durata sia espressamente determinata dalla legge (sulla cui interpretazione sono anche di recente intervenute le Sezioni unite: Cass., Sez. un., 27 novembre 2014, n. 6240) e le pene accessorie perpetue.

Quanto al rapporto con la funzione rieducativa, il codice Rocco ha strutturato le pene accessorie in termini più di prevenzione speciale negativa: anzi è proprio questa la funzione delle pene accessorie, anche se andrebbe più attentamente monitorato il loro effetto sul processo di risocializzazione. Sul punto la Corte costituzionale ha in più occasioni ribadito «l'opportunità che il legislatore ponga mano ad una riforma del sistema delle pene accessorie, che lo renda pienamente compatibile con i principi della Costituzione, e in particolare con l'art. 27, terzo comma» (Corte cost. sent. 134/2012; ord. 293/2008).

In presenza di una delega dal contenuto ampio, l'intervento sulle pene accessorie richiede particolare cautela per evitare non solo di cadere in un eccesso di delega, ma anche di intervenire in modo disequilibrato sulla disciplina del sistema sanzionatorio complessivo, nel quale si inseriscono le pene accessorie.

A questo riguardo, la Commissione rileva che la legge delega dispone la revisione della disciplina delle pene accessorie all'interno della delega sull'ordinamento penitenziario e non quale autonomo criterio direttivo di intervento sul sistema penale, come ha, invece, fatto con le misure di sicurezza personali. La l. 103/2017 non sembra, pertanto, rivolta alla revisione complessiva del sistema, ma a riformare il rapporto tra pene accessorie e misure alternative alla detenzione, che costituiscono strumenti essenziali per il perseguimento delle finalità di cui all'art. 27, comma 3 Cost. che potrebbero essere ostacolate dal contenuto interdittivo delle pene accessorie. Proporre una

revisione della disciplina di parte generale delle pene accessorie che ne regola l'applicazione e ne definisce il contenuto, avrebbe comportato un intervento di ampio respiro ben al di là della revisione dell'ordinamento penitenziario, dunque al di fuori dei limiti tracciati dalla legge delega.

Peraltro, alcune considerazioni possono essere svolte in relazione al limite di durata, in merito al quale la legge delega esclude che la loro durata delle pene accessorie possa essere superiore alla durata della pena principale. Per le pene temporanee l'art. 37 c.p. fissa come regola generale il principio di corrispondenza della durata tra pena principale e accessoria ed è pertanto in linea con le indicazioni della legge delega. La norma, tuttavia, deroga al principio di corrispondenza nei casi in cui la durata è espressamente determinata e salvo sempre il rispetto dei limiti minimi e massimi previsti per ciascuna specie di pena accessoria. Il principio di corrispondenza è stato tra l'altro valorizzato recentemente dalla Corte di cassazione a Sezioni unite (27 novembre 2014, n. 6240) che ha stabilito che può parlarsi di pena "espressamente determinata", solo quando il legislatore fissa in concreto la durata della pena. Un problema di disallineamento della disciplina attuale sulla durata delle pene accessorie temporanee rispetto alla legge delega si pone allora in due casi: quando il legislatore prevede la durata fissa (es. art. 29, comma 1 c.p.: la condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a tre anni importa l'interdizione dai pubblici uffici per la durata di anni cinque) e quando prevede, per una ragionevole e condivisibile esigenza di prevenzione generale e speciale, un limite minimo di durata della pena accessoria (tecnica solitamente utilizzata sia nella disciplina di parte generale sulle pene accessorie sia in relazione alle pene accessorie previste per specifiche fattispecie); in questi casi, infatti, la pena inflitta potrebbe avere una durata diversa da quella fissa prevista per la pena accessoria o essere più bassa del minimo fissato dal legislatore. Quanto poi alla durata determinata in modo fisso, si segnala che è stata sollevata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 216, ultimo comma e 223 legge fall., nella parte in cui prevedono che alla condanna per uno dei fatti previsti dai suddetti articoli conseguano per la durata fissa di dieci anni le pene accessorie dell'inabilitazione all'esercizio di una impresa commerciale e dell'incapacità ad esercitare uffici direttivi presso qualsiasi impresa (Cass., sez. I, ord. 52613/2017): in questi casi, la pena accessoria non solo è fissa, ma può essere più elevata della pena determinata in concreto dal giudice (l'art. 216 l. fall. prevede la pena della reclusione da tre a dieci anni).

Esistono poi nel sistema pene accessorie perpetue che pongono problemi di compatibilità con la delega quando seguono all'applicazione di pene temporanee: l'art. 29 c.p. prevede l'interdizione perpetua dai pubblici uffici anche in casi di condanna alla reclusione per un tempo non inferiore a cinque anni e analoghe ipotesi sono state successivamente, anche di recente, introdotte dal legislatore, allo scopo di rafforzare gli strumenti di contrasto a determinate forme di criminalità in una prospettiva che guarda non tanto (o non solo) all'aumento dei limiti edittali delle pene principali, quanto all'impiego di sanzioni che svolgono una più gravosa funzione interdittiva. Solo nel codice penale si indicano queste ipotesi: artt. 317-*bis*, 417-*bis*, 375, 583-*bis*, 600-*septies*.2, 609-*nonies*, 601-*bis* c.p. È indubbio, peraltro, che le pene accessorie perpetue pongano problemi di compatibilità con l'art. 27, comma 3 Cost. e con il principio della legge delega sulla durata delle stesse, se di tale principio si dà una lettura ampia riferita alla disciplina generale delle pene accessorie.

Ad avviso della Commissione, proporre la revisione della disciplina della durata delle pene accessorie significherebbe intervenire su diverse disposizioni di parte generale e di parte speciale, incidendo in modo significativo sulle scelte di politica criminale che il legislatore ha perseguito anche in questi ultimi anni, specie per quanto riguarda la

fissazione di limiti minimi di durata o l'ampliamento dei casi di interdizioni a carattere perpetuo. Si tratterebbe di un intervento che si porrebbe al di fuori dei limiti tracciati dalla legge delega che – si ribadisce – colloca i criteri direttivi sulla riforma delle pene accessorie nell'ambito dei principi sulla riforma dell'ordinamento penitenziario. In ogni caso, qualora si ritenesse di dover dare comunque attuazione al principio relativo alla durata delle pene accessorie, la Commissione propone il seguente testo, da inserire non nel codice penale, ma in una disposizione del decreto legislativo.

Fuori dei casi di delitti puniti con la pena dell'ergastolo, le pene accessorie per le quali la legge prevede la durata perpetua o superiore al limite edittale massimo della pena principale, sono trasformate in pene accessorie temporanee, la cui durata non può superare l'indicato limite edittale.

La disposizione ha due effetti: trasforma le pene accessorie perpetue e quelle per le quali fosse prevista dalla legge una pena superiore a quella della pena massima edittale in pene temporanee, la cui durata non può superare il limite edittale superiore della pena principale prevista dalla legge; la durata di tali pene accessorie non è fissa, ma affidata al potere discrezionale del giudice, il quale dovrà attenersi, per la determinazione della pena in concreto alla disciplina dell'art. 37 c.p.

L'effetto di tale norma non è di poco conto, perché si pone in controtendenza rispetto alle scelte di politica criminale che, anche recentemente, hanno portato ad ampliare i casi di pene accessorie perpetue previste per reati puniti con la pena della reclusione (il problema non si pone, invece, per i delitti puniti con l'ergastolo).

La Commissione ritiene, invece, di poter formulare una proposta di più ristretta portata, ma sicuramente in linea con le indicazioni della legge delega che colloca i criteri direttivi delle pene accessorie nell'ambito della disciplina di ordinamento penitenziario: introdurre nella legge di ordinamento penitenziario l'art. 47-*octies* dedicato ai rapporti tra pene accessorie e misure alternative, con estensione della norma, per le ragioni che saranno illustrate, all'affidamento in prova in casi particolari (art. 94 t.u. stupefacenti) e la previsione di una disciplina analoga per la liberazione condizionale.

Dopo l'art. 47-*septies* è inserito il seguente articolo:

47-octies. Disciplina delle pene accessorie in caso di concessione di misure alternative. - In caso di applicazione di una misura alternativa alla detenzione, sono eseguite anche le pene accessorie, salvo che il giudice che l'ha concessa, tenuto conto delle esigenze di reinserimento sociale del condannato, disponga la loro sospensione.

In caso di revoca della misura, qualora fosse stata disposta l'applicazione delle pene accessorie ai sensi del precedente comma, l'esecuzione è sospesa, ma il periodo di esecuzione delle stesse è computato ai fini della loro durata.

L'esito positivo del periodo di prova, ai sensi degli articoli 47 e 47-*septies*, estingue le pene accessorie, ove non già eseguite.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Pene accessorie e misure alternative alla detenzione.

La disciplina generale sulle pene accessorie prevede che la loro durata sia rapportata a quella della pena principale inflitta, salvo che non sia altrimenti disposto (art. 37 c.p.); inoltre, l'art. 139 c.p. stabilisce che «nel computo delle pene accessorie temporanee non si tiene conto del tempo in cui il condannato sconta la pena detentiva o è sottoposto a misura di sicurezza detentiva». Questa disciplina risponde allo scopo di assicurare effettività alla pena accessoria, che sarebbe vanificata dalla contestuale esecuzione della pena detentiva. Non computandosi il periodo eseguito in concomitanza con la pena detentiva (o di applicazione di una misura di sicurezza detentiva), al termine della pena (o della eventuale misura di sicurezza detentiva) il condannato deve ancora scontare le pene accessorie. A tale disciplina fanno eccezione i casi in cui la legge prevede espressamente che la pena accessoria si applichi già durante l'esecuzione della pena detentiva (v. art. 32, comma 3 c.p.).

Una situazione diversa si determina in relazione alle misure alternative alla detenzione che sono caratterizzate da una *ratio* di forte potenziamento della funzione di risocializzazione alla quale potrebbero essere di ostacolo le pene accessorie con il loro contenuto di incapacitazione più o meno consistente. Ebbene, con riferimento alle misure alternative, mentre la Cassazione in precedenza riteneva che l'esecuzione delle pene accessorie dovesse essere posticipata all'esito dell'espiazione delle misure (Cass. 13499/2011, ced. 249865), di recente – con riferimento all'affidamento in prova – si è orientata diversamente, ritenendo che il tempo trascorso in misura alternativa possa essere computato anche come tempo di esecuzione della pena accessoria, con conseguenze anche sotto il profilo degli effetti estintivi (Cass. 52551/2014, ced. 262196). Nella prassi, spesso avviene che il p.m. disponga il differimento delle pene accessorie al termine dell'espiazione della misura alternativa, così da rendere più agevole la predisposizione del programma connesso alla misura.

La proposta di riforma prevede che, in caso di applicazione di una misura alternativa alla detenzione, siano messe in esecuzione anche le pene accessorie, salvo che il giudice che ha concesso la misura disponga la loro sospensione, qualora la stessa sia funzionale a salvaguardare le esigenze di reinserimento sociale del condannato. Pertanto, in caso di sospensione, si determina il differimento della pena al momento in cui sarà cessata

l'esecuzione della misura alternativa; in assenza di sospensione, gli effetti delle pene accessorie cominciano subito a prodursi.

Una disciplina più favorevole è stata prevista per le misure dell'affidamento in prova disposto ai sensi degli artt. 47 e 47-*septies*: considerato che l'esito positivo del periodo di prova estingue la pena principale e ogni altro effetto penale della condanna (art. 47, comma 12), la Commissione ha ritenuto di esplicitare che si estinguono anche le pene accessorie non già eseguite. Il chiarimento potrebbe apparire pleonastico, considerato che l'art. 47 ord. penit. dispone già l'estinzione di tutti gli effetti penali della condanna tra i quali rientrano, ai sensi dell'art. 20 c.p., anche le pene accessorie; peraltro, poiché la giurisprudenza non è pacifica sulla estensione dell'effetto estintivo anche alle pene accessorie, la precisazione è in grado di svolgere nella prassi applicativa una importante funzione di chiarimento. L'intervento normativo non può, dunque, essere letto a contrario, come se volesse affermare che gli effetti penali non comprendono le pene accessorie, in quanto si tratterebbe di una lettura incompatibile con l'art. 20 c.p.

La differenza di disciplina in punto effetti delle pene accessorie tra le misure dell'affidamento in prova e le altre (semilibertà e detenzione domiciliare), con applicazione solo alle prime dell'effetto estintivo al termine della cessazione della misura, si giustifica in ragione del fatto che solo per i casi di affidamento in prova si produce l'effetto di estinzione della pena principale e degli altri effetti penali della condanna a seguito di un giudizio di esito positivo della prova che, invece, manca nelle altre misure alternative che soggiacciono solo al regime della revoca in presenza di condotte incompatibili con la prosecuzione della misura (non a caso, nella disciplina attuale non è previsto, al termine dell'esecuzione della semilibertà o della detenzione domiciliare, che si produca l'estinzione degli effetti penali della condanna).

Il penultimo comma è volto a salvaguardare la disciplina di carattere generale prevista dal codice penale sul rapporto tra pena principale e pene accessorie: prevede che, in caso di revoca della misura, qualora fosse stata disposta l'applicazione delle pene accessorie in costanza di esecuzione della misura alternativa, l'esecuzione sia sospesa e riprenda ad essere eseguita la pena detentiva; in ogni caso, il periodo di esecuzione delle pene accessorie va computato ai fini della loro durata.

Si consideri, del resto e per armonia di sistema, che l'affine istituto della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva di cui all'art. 90 d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, prevede espressamente (comma 3) che esso renda inapplicabili le pene accessorie.

All'articolo 94, dopo il comma 6-ter aggiungere il seguente comma:

7. Si applica l'articolo 47-*octies* della legge 26 luglio 1975, n. 354.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Commissione ritiene che la disciplina del nuovo art. 48-*octies* debba essere estesa all'affidamento in prova in casi particolari disciplinato dall'art. 94 d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309. Sebbene, infatti, a seguito dell'abrogazione dell'art. 47-*bis* ord. penit. la norma sia transitata nel testo unico sugli stupefacenti, non estendere il nuovo art. 48-*octies* comporterebbe una irragionevole disparità di trattamento, considerato che l'art. 94 cit. configura comunque una forma di affidamento in prova. A questa estensione sarebbe comunque possibile pervenire già applicando il comma 6 dell'art. 94, che dispone l'applicazione delle norme della l. n. 354/1975, in quanto compatibili; peraltro, una precisa indicazione in tal senso è apparsa necessaria per fugare ogni dubbio.

MODIFICHE AL CODICE PENALE

ART. 177

TESTO VIGENTE	PROPOSTA DI RIFORMA
<p>Articolo 177. <i>Revoca della liberazione condizionale o estinzione della pena.</i> - Nei confronti del condannato ammesso alla liberazione condizionale resta sospesa la esecuzione della misura di sicurezza detentiva cui il condannato stesso sia stato sottoposto con la sentenza di condanna o con un provvedimento successivo. La liberazione condizionale è revocata, se la persona liberata commette un delitto o una contravvenzione della stessa indole, ovvero trasgredisce agli obblighi inerenti alla libertà vigilata, disposta a termini dell'articolo 230, n. 2. In tal caso, il tempo trascorso in libertà condizionale non è computato nella durata della pena e il condannato non può essere riammesso alla liberazione condizionale.</p> <p>Decorso tutto il tempo della pena inflitta, ovvero cinque anni dalla data del provvedimento di liberazione condizionale, se trattasi di condannato all'ergastolo, senza che sia intervenuta alcuna causa di revoca, la pena rimane estinta e sono revocate le misure di</p>	<p>Articolo 177. <i>Revoca della liberazione condizionale o estinzione della pena.</i> - Nei confronti del condannato ammesso alla liberazione condizionale sono eseguite le pene accessorie, salvo che il giudice, tenuto conto delle esigenze di reinserimento sociale del soggetto, disponga la loro sospensione. Resta sospesa la esecuzione della misura di sicurezza detentiva cui il condannato stesso sia stato sottoposto con la sentenza di condanna.</p> <p>La liberazione condizionale è revocata, se la persona liberata commette un delitto o una contravvenzione della stessa indole, ovvero trasgredisce alle prescrizioni inerenti alla libertà vigilata, disposta a termini dell'articolo 230, n. 2. In tal caso, il tempo trascorso in libertà condizionale non è computato nella durata della pena e il condannato non può essere riammesso alla liberazione condizionale; inoltre, qualora fosse stata disposta l'applicazione delle pene accessorie ai sensi del primo periodo del primo</p>

sicurezza personali, ordinate dal giudice con la sentenza di condanna o con provvedimento successivo.

comma, se ne sospende l'esecuzione, ma il periodo di esecuzione delle stesse è computato ai fini della loro durata.

Decorso tutto il tempo della pena inflitta, ovvero cinque anni dalla data del provvedimento di liberazione condizionale, se trattasi di condannato all'ergastolo, senza che sia intervenuta alcuna causa di revoca, la pena rimane estinta e **si estinguono le pene accessorie e gli altri effetti penali**; sono revocate le misure di sicurezza personali, ordinate dal giudice con la sentenza di condanna ~~o con provvedimento successivo.~~

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Anche per la liberazione condizionale è necessario prevedere una disciplina analoga a quella dell'art. 47-*octies* ord. penit. Il fatto che la liberazione condizionale sia collocata nel codice penale tra le cause di estinzione della pena e non tra le misure alternative, non fa venir meno la sua natura di misura alternativa, per una serie di ragioni: analogamente all'affidamento in prova applicato in relazione a pene residue, costituisce una misura extracarceraria che opera nel periodo finale di esecuzione della pena; analogamente all'affidamento in prova, produce, in caso di esito positivo, l'effetto di estinguere la pena; la liberazione condizionale soggiace ai limiti di accesso previsti per le misure alternative all'art. 4-*bis* ord. penit. (d.l. 13 maggio 1991, n. 152 conv. in l. 12 luglio 1991, n. 203).

Anche per i condannati ammessi alla liberazione condizionale si pone il problema delle pene accessorie che, in forza della disciplina di parte generale, vanno eseguite dopo la cessazione del periodo trascorso in tale stato. La Commissione ritiene, pertanto, che vada modificata la disciplina sugli effetti sospensivi dell'ammissione alla liberazione condizionale prevista all'art. 177 c.p., così da garantire al magistrato flessibilità nella decisione sugli effetti delle pene accessorie: nei confronti del condannato ammesso alla liberazione condizionale sono eseguite le pene accessorie, salvo che il giudice, tenuto conto delle esigenze di reinserimento sociale del soggetto, disponga la loro sospensione. Al contempo si propone la modifica anche della revoca della liberazione condizionale: non si pone alcun problema nel caso in cui il giudice avesse sospeso l'esecuzione delle pene accessorie, che continuano, a maggior ragione, a non essere eseguite; qualora, invece, fosse stata disposta l'applicazione delle pene accessorie, se ne sospende l'esecuzione, ma il periodo di esecuzione delle stesse è computato ai fini della loro durata.

La proposta prevede di inserire all'ultimo comma dell'art. 177 c.p. una disciplina omogenea a quella dell'affidamento in prova in relazione agli effetti connessi al decorso del tempo in stato di liberazione condizionale senza che sia intervenuta alcuna causa di revoca: analogamente a quanto prevede l'ultimo comma dell'art. 48-*octies*, la pena si estingue e si estinguono anche le pene accessorie e gli altri effetti penali.

Infine, la Commissione ha eliminato il riferimento finale alle misure di sicurezza personali ordinate con provvedimento successivo, in quanto, in sede di proposta di revisione delle misure di sicurezza, ha previsto che tali misure possano essere applicate solo con sentenza di condanna o di proscioglimento.