

— Il soggetto pericoloso: misure personali di sicurezza e di prevenzione, tra tradizione e modernità

Le misure di sicurezza psichiatriche nella prassi: il ruolo dei protocolli operativi*

The dangerous subject: personal measures of security and prevention, between tradition and modernity

Psychiatric security measures in practice: the role of operational protocols

di Antonella Calcaterra

Abstract. *Il presente contributo, dopo aver dato conto della normativa attuale, illustra le problematiche connesse alla gestione del paziente psichiatrico nel processo penale e nella fase dell'esecuzione della pena. Problematiche connesse anche alla convergenza di diverse figure istituzionali e al difficile dialogo tra le differenti competenze. La realizzazione di protocolli operativi ha incominciato a rendere possibile la interlocuzione e ad agevolare la realizzazione di percorsi di cura che vanno a dare corpo e sostanza alle misure di sicurezza personali. In particolare, nel presente contributo viene rappresentato il protocollo sottoscritto nel distretto della Corte di appello di Milano in data 12 settembre 2019.*

* Il presente contributo, rivisto e rielaborato, prende spunto dall'intervento effettuato, come relatrice, all'evento organizzato e promosso dalla Scuola Superiore della Magistratura in data 9 novembre 2020 dal titolo «// soggetto pericoloso: misure personali di sicurezza e di prevenzione, tra tradizione e modernità».

Abstract. *The present contribution, after taking account of the current legislation, illustrates the problems related to the management of psychiatric patients in criminal proceedings and in the execution phase of the sentence. These problems are also linked to the convergence of different institutional figures and to the difficult dialogue between different competencies. The creation of operational protocols has begun to make possible the interlocution and to facilitate the creation of treatment paths that give body and substance to personal security measures. In particular, in this contribution is represented the protocol signed in the district of the Court of Appeal of Milan on September 12, 2019.*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Brevi cenni alla normativa di riferimento. – 3. I profili problematici nella realtà applicativa. – 3.1. Nella fase di cognizione penale. – 3.2. Nella fase di esecuzione penale. – 4. Il ruolo dei protocolli operativi. – 5. Riflessioni conclusive.

SUMMARY: 1. Foreword. – 2. Current law mentions. – 3. Problematic profiles during the implementation. – 3.1. At the stage of criminal cognition. – 3.2. At the stage of criminal execution. – 4. Operative guidelines' role. – 5. Concluding remarks.

1. Introduzione.

L'**ambito psichiatrico** e il sistema giustizia sono tra loro sempre più interconnessi.

Si assiste, infatti, con costante crescita all'ingresso nel circuito penale di persone portatrici di disturbo psichiatrico.

In generale, i dati statistici dimostrano che il **malato mentale** non delinque più della media delle persone, salvo un'incidenza leggermente più accentuata relativamente a reati minori o bagatellari¹. Molti casi – più frequenti di quello che si ritiene – riguardano piuttosto condotte disfunzionali del soggetto con problemi psichiatrici, che approdano nel processo penale per la mancata – o inidonea – presa in carico dei servizi di salute mentale.

A volte si tratta di giovani, denunciati dalle stesse famiglie che, faticando a gestirli senza un supporto serio dei servizi territoriali, ritengono che il processo penale possa servire ad imporre la comunità terapeutica o trattamenti che altrimenti non sarebbero volontariamente accettati. Giovani i cui disturbi comportamentali spesso vengono acuitizzati dall'abuso di sostanze che slatentizzano vere e proprie psicosi.

I reati sono principalmente maltrattamenti in famiglia (572 c.p.), estorsione (629 c.p.), danneggiamento (635 c.p.), lesioni (582 c.p.), minaccia (612 c.p.); commessi, in molti casi, in ambito endofamiliare.

¹ G. Balbi, *Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS*, testo della relazione tenuta presso la Scuola Superiore della Magistratura, nell'ambito dell'incontro di studi *Le misure di sicurezza personali*, Scandicci, Villa di Castel Pulci, 3-5 giugno 2015, p. 4; U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, Tomo I, VII ed., UTET, 2019, p. 200.

Altre volte sono stranieri che presentano storie laceranti di torture o di inserimenti in contesti esistenziali del tutto avulsi dai loro mondi, questi favoriscono il sopraggiungimento di sofferenze mentali e dipendenza da sostanze.

In questa complessa realtà giudiziaria, non solo riguardante delitti efferati ma anche – e soprattutto – reati comuni commessi in contesti domestici e strettamente legati al mancato o insufficiente trattamento clinico della patologia mentale, l'applicazione di **misure di sicurezza di tipo psichiatrico**, a contenuto terapeutico, rappresenta casistica ormai sostanziosa.

Come noto, a fondamento delle misure di sicurezza personali vi è un **giudizio prognostico di pericolosità sociale**, che nel soggetto portatore di disturbo psichiatrico assume una connotazione ben precisa e fortemente connessa al relativo quadro patologico della persona².

Di qui l'importanza del ruolo dell'esperto, detentore del sapere scientifico, e della perizia, a supporto della valutazione del giudice. Importanza che, tuttavia, non deve e non può tradursi in una delega totale a clinici e psichiatri di un giudizio che resta sempre di pertinenza della magistratura, ancorata a parametri psichiatrico-forensi.

Sul punto non può non richiamarsi il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui «il giudizio sulla pericolosità sociale, rilevante ai fini dell'applicazione di una misura di sicurezza, costituisce compito esclusivo del giudice che deve tenere conto dei rilievi dei periti sulla personalità, sui problemi psichiatrici e sulla capacità criminale dell'imputato per valutare l'effettivo pericolo di recidiva, ma anche degli altri parametri desumibili dall'art. 133 c.p.»³. Quando si discosta dalle conclusioni del perito il giudice ha comunque sempre «l'obbligo di motivare adeguatamente il proprio avviso contrario»⁴.

Bisogna infatti ben distinguere il concetto di **pericolosità sociale psichiatrica**, declinabile in elevata e attenuata, che si identifica con la necessità attuale di cure e assistenza in regime di coazione o di libertà vigilata, da quello di **pericolosità sociale**, che è una categoria prettamente giuridica e si fonda sui presupposti indicati dagli articoli 203 c.p. e 133 c.p., come prognosi criminale e rischio di recidiva⁵.

Occorre anche tenere presente i criteri imposti dalla riforma in tema di misure di sicurezza. L'innovativa l. n. 81 del 30 maggio 2014 e successivi interventi legislativi hanno ri-disciplinato la gestione della malattia mentale nell'ambito dei percorsi penali, individuando i principi di priorità dell'esigenza della cura sanitaria, di immediatezza della stessa, nonché di rispetto del criterio dell'appartenenza del territorio che prenderà in carico la persona. La legge ha stabilito che l'internamento in REMS può avvenire sulla base dei soli **indicatori interni**⁶, ossia sulla base delle sole qualità soggettive della persona,

² Corte cost., 18 luglio 2003, n. 253; Corte cost., 29 novembre 2004, n. 367.

³ Cass. pen., sez. I, 16 maggio 2017, n. 50164; Cass. pen., sez. I, 27 novembre 2018, n. 8242.

⁴ Cass. pen., sez. II, 11 ottobre 2013, n. 43923.

⁵ U. Fornari, *Trattato*, cit., p. 205.

⁶ L. n. 81 del 30 maggio 2014 di conversione in legge del d.l. 31 marzo 2014 n. 52, allegato: «All'articolo 1: al comma 1, la lettera b) è sostituita dalla seguente: «b) dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa

senza tenere conto di condizioni di vita, familiari e sociali o per carenza di programmi di cura⁷.

Passaggio che è stato confermato dalla Corte Costituzionale che ha dichiarato la costituzionalità della norma ed affermato che questa limitazione vale «solo per disporre il ricovero di una persona in ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura»⁸. La limitazione non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure estreme ai soli casi in cui sono le **condizioni mentali** della persona a renderle necessarie.

Quando deve procedere in tal senso il giudice acquisisce dal perito le indicazioni relative alle qualità soggettive della patologia psichiatrica della persona interessata dal provvedimento detentivo, senza tener conto delle condizioni di cui all'art. 133 c. 2 n. 4 c.p., che si collocano all'esterno della patologia, e deve valutare che altre misure non risultino idonee.

Nel momento in cui gli indicatori interni vanno attenuandosi e il quadro psicopatologico e comportamentale si stabilizza si può e si deve prevedere un'attenuazione della misura ed entrano in considerazione gli **indicatori esterni** alla patologia di cui il soggetto è portatore.

Accertata dunque la pericolosità sociale secondo i criteri correttamente utilizzati e individuata la misura di cura più opportuna, parametrata secondo le indicazioni cliniche fornite dal perito/consulente, i tempi e le modalità di intervento socio-sanitario sono affidati al Dipartimento di Salute Mentale (DSM), a mezzo delle diverse Unità operative e servizi afferenti – psichiatria, psicologia clinica, servizio per le dipendenze e disabilità – e quando la misura diviene definitiva anche all'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE). Questo percorso avviene sempre sotto il costante monitoraggio del giudice di cognizione prima e del magistrato di sorveglianza poi, che deve effettuare periodiche verifiche circa l'attualità della pericolosità sociale.

È fondamentale un **dialogo costante** tra autorità giudiziarie e i servizi di salute mentale che necessita la condivisione del **linguaggio giuridico e clinico-sanitario**.

di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali».

⁷ Gli indicatori interni elaborati nella letteratura psichiatrico-forense sono: presenza e persistenza di disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori o disturbi gravi della personalità o del neurosviluppo o disturbi neurocognitivi maggiori, scompensati sul piano funzionale ed eventualmente in comorbidità con altri disturbi mentali o da uso di sostanza; scarsa o nulla aderenza alle prescrizioni sanitarie e psicofarmacologiche (cd. *adherence*); mancata o inadeguata risposta a quelle pratiche, purché adeguate sotto il profilo qualitativo e al range terapeutico ed effettivamente somministrate e assunte (cd. *compliance*); assenza terapie specifiche; esplosioni comportamentali di rabbia incontrollata, auro-e/o etero distruttive (cfr. U. Fornari, *Trattato*, cit., pp. 206-207).

⁸ Corte cost., 24 giugno 2015, n. 186. Per un commento, tra i vari, cfr. R. Bianchetti, *Sollelevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 14 novembre 2014; A. Massaro, *Pericolosità sociale e misure di sicurezza detentive nel processo di "definitivo superamento" degli ospedali psichiatrici giudiziari: la lettura della Corte costituzionale con la sentenza n. 186 del 2015*, in *Archivio Penale*, 2, 2015 pp. 2 e ss.

Come pure è fondamentale il dialogo tra i giudici di cognizione e la magistratura di sorveglianza con la comunicazione del provvedimento genetico della misura di sicurezza provvisoria con le relative prescrizioni, in modo che il Magistrato di sorveglianza che si accinge ad effettuare l'accertamento abbia conoscenza della situazione personale e del "titolo da rivalutare".

Il ruolo dell'avvocato è altresì indispensabile: innanzitutto perché funge da "collante" sul piano procedurale tra i vari soggetti; inoltre, perché opera – o dovrebbe operare – come soggetto attivo nella ricerca di soluzioni eque per le esigenze di cura del reo infermo. Ruolo che diventa ancora più importante e delicato laddove vi sia applicazione di pena detentiva congiunta alla misura di sicurezza, sia essa detentiva o non detentiva; alternanza non sempre di agevole gestione, soprattutto per non disperdere, nel passaggio da misura di sicurezza – in caso di provvisoria – a pena detentiva o da pena detentiva a misura di sicurezza, i buoni esiti in termini di cura sino a quel momento raggiunti.

L'obiettivo comune è quello di adottare nei confronti del reo infermo interventi concordati in una **dimensione congiunta**, che vede lavorare insieme operatori della giustizia, della psichiatria, dei servizi sociali e della psicologia, per sì contenere e anche limitare la libertà personale laddove necessario a tutelare la collettività, ma allo stesso finalizzati alla cura e tutela della salute, intervenendo a fianco e non contro il portatore di disturbi mentali.

Come messo in luce dalla Corte Costituzionale, le misure di sicurezza degli infermi di mente devono rispondere «ad entrambe queste finalità, collegate e non scindibili, di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale. [...] un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità – e così a quella di controllo dell'infermo pericolo –, e non all'altra, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile. Di più, le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio alla salute del paziente»⁹.

Al fine di raggiungere questo obiettivo l'approccio alla persona deve essere necessariamente multidisciplinare e condiviso con i vari protagonisti istituzionali.

Oggi, dopo un lungo percorso di riforma, si può contare su un quadro normativo completo e ben delineato, all'interno del quale è possibile costruire percorsi di cura e trattamento adeguati. Tuttavia, come si avrà in modo di mettere in luce, vi è una divergenza tra la normativa e quello che invece accade nella prassi.

Illustrati i maggiori profili problematici della realtà applicativa, il presente contributo evidenzierà l'importanza del ruolo e della funzione che svolgono i protocolli operativi al fine di ricomporre alcune delle "falle" che nella prassi investono l'applicazione delle misure di sicurezza psichiatriche.

2. Brevi cenni alla normativa di riferimento.

⁹ Corte cost., 18 luglio 2003, n. 253.

Il d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, art. 4, convertito dalla l. 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal d.l. 31 marzo 2014, n. 52, art. 1, comma 1, lett. b) convertito, con modificazioni, dalla l. 30 maggio 2014, n. 81, ha segnato il punto di approdo di un lungo percorso di riforma in materia di misure di sicurezza psichiatriche¹⁰.

In forza della suddetta legge, la misura di sicurezza detentiva del ricovero in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) può essere applicata solo ed esclusivamente quando ogni altra misura risulti inadeguata rispetto alle esigenze di cura e controllo della pericolosità sociale. Inoltre, si è stabilito che la durata di qualsiasi misura di sicurezza detentiva, provvisoria o definitiva, non possa superare il massimo della pena detentiva comminata per il reato commesso. Quest'ultima previsione è finalizzata a porre fine al drammatico fenomeno dei c.d. ergastoli bianchi, ossia la protrazione di misure di sicurezza detentive e senza termine presso gli *ex* Ospedali Psichiatrici Giudiziari, anche rispetto a persone che potevano e dovevano essere curate altrove¹¹.

La legge in particolare stabilisce in via preferenziale, l'applicazione nei confronti degli infermi di mente, anche in via provvisoria, della **libertà vigilata**, che può svolgersi in contesti attigui a quelli di vita e familiare. L'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata sul territorio, domicilio o comunità residenziale, ai sensi dell'art. 228 c.p., consente infatti di attuare un percorso terapeutico riabilitativo adeguato, gestito dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) e del cui andamento deve essere data comunicazione tempestiva e periodica all'autorità giudiziaria procedente. Ma garantisce anche attraverso il sistema di specifiche prescrizioni modulate sulla base della pericolosità del soggetto, di garantire la sicurezza sociale attraverso un attento monitoraggio dell'autorità incaricata alla vigilanza (Carabinieri/Commissariato di Polizia di Stato).

In ogni regione sono state poi finalmente implementate le **Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)**, strutture dove eseguire come *extrema ratio* le misure detentive, luoghi comunque sempre connotati da un'esclusiva gestione sanitaria¹².

Accanto alla previsione di misure terapeutiche nella cornice normativa delle misure di sicurezza, l'ordinamento prevede poi altri istituti finalizzati all'assistenza e alla cura del malato di mente autore di reato. In particolare, il codice di procedura penale prevede la possibilità per il giudice della cognizione gli arresti domiciliari in luogo di cura e di assistenza *ex art.* 284 c.p.p. e della custodia cautelare in luogo di cura *ex art.* 286 c.p.p., che può essere anche il SPDC in caso di acuzie e per il tempo strettamente necessario al trattamento della fase acuta.

¹⁰ Sui profili di inadeguatezza e criticità della disciplina antecedente alla riforma delle misure di sicurezza ad opera della l. 81/2014 si rimanda al contenuto di A. Calcaterra, *La riforma delle misure di sicurezza e il necessario ripensamento del percorso di cura*, in *Questione Giustizia, Rivista Trimestrale*, fasc. 2, 2015, pp. 79-84.

¹¹ Cfr. tra gli altri, F. Della Casa, *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, fasc. 1, 2013, pp. 64-103.

¹² La gestione esclusivamente sanitaria all'interno delle strutture è stata introdotta dal d.l. n. 211 del 22 dicembre 2011 all'art. 3 *ter*.

Ulteriore istituto rilevante è il c.d. "**trattamento sanitario obbligatorio giudiziario**" disciplinato all'art. 73 c.p.p.. Tale norma prevede che, in ogni caso in cui lo stato di mente dell'imputato appare tale da renderne necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico, il giudice debba informare con il mezzo più rapido l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalla legge sul trattamento sanitario per malattie mentali.

Qualora vi sia pericolo nel ritardo, è lo stesso giudice a dover disporre d'ufficio il ricovero provvisorio dell'imputato in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, in attesa dell'ordinanza dell'autorità competente.

Peraltro, quando sussistono le esigenze cautelari ed è stata o deve essere disposta la custodia cautelare dell'imputato, il giudice ordina che la misura sia eseguita in luogo di cura nelle forme previste dall'articolo 286 c.p.p. Laddove il pubblico ministero nel corso delle indagini preliminari ne ravvisi le condizioni provvede lui stesso all'informativa e richiede al giudice il provvedimento di ricovero provvisorio.

Da ultimo, la Corte Costituzionale con la nota sentenza n. 99/2019¹³ ha anche superato il vuoto normativo concernente la sopravvenienza della malattia mentale mentre l'autore di reato si trova ristretto in carcere, prevedendo la misura alternativa della **detenzione domiciliare *ad hoc* per i pazienti psichiatrici**.

Oggi, dunque, esistono vari strumenti che sia nella fase della cognizione che dell'esecuzione possono e dovrebbero essere adottati, dalla libertà vigilata affidata agli operatori del Dipartimento di Salute Mentale, sotto il monitoraggio della magistratura di sorveglianza e della pubblica sicurezza, agli arresti domiciliari, fino alle misure alternative alla detenzione.

3. I profili problematici nella realtà applicativa.

Se questa brevemente illustrata è la cornice normativa di riferimento, nella prassi il sistema fatica a mettersi in movimento.

Prima ancora di procedere alla disamina delle maggiori criticità sul piano applicativo delle misure, occorre preliminarmente rilevare un dato importante: ad oggi il problema della durata massima delle misure assume una portata molto ridotta e concerne principalmente le misure di sicurezza provvisorie non detentive, come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche e/o indicazione di risiedere in comunità. Queste, contrariamente alle misure di sicurezza detentive – provvisorie o definitive – per le quali la l. n. 81/2014 ha espressamente previsto i termini di durata massima, fanno ancora affidamento sul meccanismo previsto dal combinato disposto degli artt. 313 c. 2 c.p.p. e 72 c.p.p. Secondo tale meccanismo, la loro durata nel tempo è condizionata ad uno specifico adempimento costituito dalla rivalutazione periodica semestrale della pericolosità sociale, da eseguirsi con appositi accertamenti affidati mediante perizia a psichiatri.¹⁴

¹³ Per una più ampia analisi del tema e della sentenza della Corte Costituzionale si rinvia a A. Calcaterra, *Salute mentale e detenzione: un passo avanti. È possibile la cura fuori dal carcere*, in *questa rivista*, fascicolo 5, 2019, pp. 34-41.

¹⁴ Tra le molte cfr. Cass. pen., sez. I, 31 gennaio 2019, n. 8287.

Ciò nondimeno, secondo la giurisprudenza costante, in assenza di una norma espressa, l'inosservanza dell'obbligo di rivalutazione periodico della pericolosità con perizia non determina l'inefficacia della misura in corso di esecuzione¹⁵.

Tale assetto normativo, considerata la potenziale protrazione senza limiti di tempo dell'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza non detentive, ma comunque idonee a determinare limitazioni della libertà personale, pone evidenti dubbi di legittimità costituzionale. Pertanto, sarebbe auspicabile un intervento legislativo nel senso di prevedere termini di scadenza parametrati a quelli già previsti per le misure cautelari personali. Accade che l'udienza di rivalutazione della pericolosità non venga fissata nel termine dei sei mesi oppure, ancor più frequentemente, che tale verifica si fondi esclusivamente sulla relazione dei curanti senza disposizione di una nuova perizia e le garanzie connesse al contraddittorio tra le parti.

Ciò posto, attualmente, la principale difficoltà attiene alla strutturale carenza di risorse umane e finanziarie dei servizi territoriali e dei dipartimenti di salute mentale, che rende complessa un'effettiva, globale e continuativa presa in carico del malato di mente autore del reato nelle varie fasi giudiziarie che lo vedono coinvolto e successivamente alle stesse.

Accanto a questo tema cruciale, evidentemente non risolvibile se non con lo stanziamento di finanziamenti seri e ben utilizzati ai Dipartimenti di Salute Mentale, si profilano però ulteriori profili critici nella prassi giudiziaria.

Per un'analisi degli stessi giovani, in via preliminare, distinguere tra la **fase della cognizione**, nella quale viene accertata *prima facie* la pericolosità sociale psichiatrica e, a seconda del grado e dell'intensità della stessa, individuata la misura terapeutica più adatta, e la **fase dell'esecuzione**, di competenza del magistrato di sorveglianza, che statuisce sulla revoca, modifica o proroga della misura stessa.

3.1. Nella fase di cognizione penale.

Già nell'immediatezza dell'arresto, del fermo o dell'allontanamento in urgenza dalla casa familiare, nel caso in cui emergano elementi per ritenere che l'autore del reato sia affetto da patologie psichiatriche, la gestione del caso concreto dovrebbe avvenire, in urgenza, attraverso la valutazione dello stato clinico psicopatologico del presunto autore del reato da parte del medico del pronto soccorso, che redige relativo referto da indirizzare poi al pubblico ministero.

È proprio in questa fase preliminare che potrebbero essere richieste e applicate dal GIP (o dal giudice del dibattimento, se l'emergenza si verifica in fase successiva) le menzionate misure di cui agli artt. 73, 284 e 286 c.p.p. e dunque il ricovero coatto presso l'SPDC qualora sussistano i presupposti di necessità e urgenza. Questi importanti strumenti normativi, tuttavia, non vengono quasi mai applicati e raramente richiesti dal difensore; troppo spesso il soggetto si ritrova in custodia cautelare in carcere in un

¹⁵ Cass. pen., sez. V, 2004, n. 33220; Cass. pen., sez. I, 31 gennaio 2019, n. 8287.

momento di grave scompeso con drammatiche conseguenze in termini di ripresa e di ripristino dell'equilibrio psicopatologico. Nella maggior parte dei casi, infatti, è solo quando l'indagato affetto da disturbo mentale già si trova in carcere, grazie alla segnalazione dei medici dell'istituto, che la condizione di scompeso viene finalmente intercettata.

Appena riscontrata l'eventuale patologia psichiatrica dell'indagato/imputato, è di assoluta rilevanza la figura professionale del **perito** o del **consulente tecnico del pubblico ministero** a cui viene attribuito il compito di effettuare gli idonei accertamenti specialistici.

Il perito/consulente non deve focalizzarsi solo sull'imputabilità e sulla valutazione clinica sottesa alla pericolosità sociale, ma deve fornire utili indicazioni terapeutiche e trattamentali, che verranno poi messe in atto dai servizi del territorio, per la formazione di un preciso piano terapeutico e di collocamento, sotto il costante monitoraggio della magistratura, cui dovrebbero essere inviati anche i PTI (Piani di Trattamento Individuali) via via predisposti.

Tuttavia, nella fase della cognizione si assiste costantemente alla non completezza e inidoneità, da un lato, di quesiti da parte del giudice e, dall'altro, di proposte dei periti per l'adozione di misure terapeutiche. In particolare, l'elaborato peritale è spesso carente della parte relativa alle indicazioni terapeutiche e socio-riabilitative indispensabili per il periziando.

Talvolta, l'analisi del perito è "tecnicamente" carente e fondata sull'adozione di criteri di valutazione della pericolosità sociale che appaiono molto poco scientifici e basati piuttosto su moralismi, connessi al retaggio di una cultura custodiale. A titolo esemplificativo, un perito nominato dal giudice del Tribunale di Milano ha utilizzato come indice di pericolosità sociale il pentimento dell'infermo, che è più un giudizio morale o etico. Nessun cenno, invece, ad altri aspetti più significativi, come l'aderenza completa alle cure e alla terapia assegnata, la presenza di una sintomatologia psicotica florida a livello emotivo; la doppia diagnosi e concorrenza di comorbilità; presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e impoverimento ideo-affettivo relazionale¹⁶.

In questi casi è importante avere un bagaglio conoscitivo di natura psichiatrico-forense che consenta alla difesa, e dunque al difensore e al consulente di parte, di intercettare questo tipo di "*malpractice*" e opportunamente reagire in sede di controesame, senza aderire passivamente a quanto sostenuto dal perito d'ufficio.

Come messo in luce dal Professor Ugo Fornari:

«La frequente mancanza di un "controllo di qualità" da parte di molti committenti sugli elaborati dei loro "esperti" e il "ricorrente" appiattimento sul parere espresso dal perito d'ufficio cui si riconoscono – siccome non di parte – un potere e un sapere che spesso dovrebbero invece essere criticamente discussi, l'inconsistenza di certi controesami, la ricorrente povertà del contraddittorio tra periti e consulenti sono alcuni, ulteriori elementi che complicano una situazione già complicata e complessa e la rendono ancora più fluida e precaria»¹⁷.

¹⁶ U. Fornari, *Trattato*, cit., tomo 1, p. 205.

¹⁷ U. Fornari, *Trattato*, cit., tomo 2, p. 1341.

Problema altresì centrale e strettamente connesso a quello poc'anzi illustrato attiene, in generale, alla difficoltà-dialogica e di raccordo di tutte le parti istituzionali coinvolte: giudici, PM, periti, dipartimenti di salute mentale, *équipe* psichiatrico-forensi e avvocati.

Sarebbe in linea di principio necessario avviare un immediato intervento dei servizi sul territorio, i quali devono subito essere coinvolti dall'autorità giudiziaria. Ciò anche grazie e con la mediazione dell'avvocato. Il giudice della cognizione deve essere informato delle cure e dei trattamenti del paziente autore di reato per prendere le opportune decisioni. L'*équipe* psichiatrico-forense a sua volta deve agire concretamente per l'elaborazione di un progetto individuale che restituisca progressivamente la persona al territorio con i presidi e i supporti necessari e con la presenza dei Centri Psico-sociali (CPS) o Centri di Salute Mentale (CSM), in una collaborazione imprescindibile con il *welfare* territoriale.

È infatti necessario garantire un reale utilizzo residuale delle misure di sicurezza provvisorie e definitive detentive; ciò anche attraverso una più informale, purché repentina, interlocuzione tra i soggetti istituzionali per la individuazione di percorsi di cura alternativi. Anche laddove appariva in prima battuta indispensabile, attesa l'acuzie, la misura detentiva dovrebbe a stretto giro cedere il posto ad una misura di cura differente in carico al servizio territoriale – la libertà vigilata con prescrizioni di cura sul territorio o con obbligo di soggiorno in comunità terapeutica –, con un *turnover* ragionevole al fine degli ingressi successivi necessari.

Nella prassi, tuttavia, quanto descritto avviene raramente: vi è una scarsa comunicazione tra le parti, un'applicazione non residuale delle misure e comunque un lento *turnover*.

Tutto ciò incide profondamente anche su un altro dei grandi problemi che è quello della carenza dei posti in REMS e che si traduce nell'ineseguibilità della misura di sicurezza detentiva, con conseguente mancata cura e presa in carico in tempi ragionevoli del soggetto affetto da disturbo psichico in fase acuta e ritenuto socialmente pericoloso¹⁸.

Ove il provvedimento di applicazione della misura di sicurezza detentiva sia rivolto a soggetto detenuto, la persona resta detenuta illegalmente, in palese violazione degli artt. 25 e 13 Cost., all'interno di un istituto di pena ordinario luogo pacificamente inidoneo a garantire le cure necessarie a fronteggiare la malattia in attesa che si liberi un posto in REMS¹⁹. Ove destinataria è una persona libera gli esiti non sono meno drammatici, perché

¹⁸ A. Calcaterra, *Misura di sicurezza con ricovero in REMS: il ritorno al passato no! Commento all'Ordinanza del GIP di Tivoli in tema di misure di sicurezza detentive in ambito psichiatrico*, in questa rivista, fascicolo 6, 2020, pp. 42-52.

¹⁹ Il fenomeno della detenzione illegale in carcere di soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive è attualmente sottoposto al vaglio di legittimità della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo in relazione all'art. 3 della Convenzione che sancisce il divieto di trattamenti inumani e degradanti e all'art. 5 par. 1 della Convenzione, a tutela della libertà personale. Nel mentre, il 7 aprile 2020 la Corte di Strasburgo ha emesso provvedimento cautelare ex art. 39 del Regolamento in favore di un paziente psichiatrico detenuto in carcere per più di un anno in attesa dell'esecuzione del provvedimento con il quale era stata disposta la misura di sicurezza in REMS – e mai attuato –, con il quale è stato ordinato al Governo italiano l'immediato trasferimento presso idonea struttura di cura.

la persona resta sostanzialmente ingestibile anche in fase di acuzie, fino a quando non commette un reato per il quale sia prevista la custodia cautelare o non viene coattivamente ricoverato in regime TSO. Ciò principalmente a scapito dei familiari, che come accennato, sono solitamente i più coinvolti in questi drammi²⁰.

Resta fondamentale in questa fase di applicazione provvisoria l'espletamento delle verifiche semestrali previste dall'art. 313 c.p.p. e 72 c.p.p. sulla permanenza della pericolosità sociale che costituisce il presupposto per il mantenimento della misura e che può dare indicazioni per modifica e/o trasformazione. Verifica che deve essere fatta attraverso una perizia e non affidando il giudizio ai medici curanti. Spesso la fase di acuzie si risolve in un tempo ragionevole ed il superamento di essa consente di proseguire con progetti meno stringenti.

Altro aspetto da evidenziare è la necessità che il giudice di merito indichi, ove vi sia applicazione della misura di sicurezza di cui agli artt. 219 e 222 c.p., il **termine di durata massima** della misura accanto alla determinazione del **termine di durata minima** sulla base dei limiti previsti dalla legge. Sino a quando la sentenza non diventa definitiva spetta, infatti, al giudice vigilare sul rispetto del suddetto termine ed adottare i provvedimenti conseguenti.

La **durata minima** assume fondamentale importanza perché segna il primo momento in cui vi è l'obbligo di rivalutazione ai sensi dell'art. 208 c.p., anche se come già ribadito la pericolosità sociale del soggetto può essere valutata dal giudice in ogni tempo, senza dover attendere il decorso del tempo minimo stabilito per ciascuna misura. Non è infrequente l'assenza della suddetta indicazione in favore della sola indicazione del termine massimo.

Il **termine massimo** va calcolato con riferimento alla pena detentiva edittale prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla pena edittale massima. I criteri sono quelli indicati dall'art. 278 c.p.p., richiamati dall'art. 1 comma 1 *quater* del d.l. n. 52/2014, convertito con la l. n. 81/2014.

In caso di più reati si deve fare riferimento alla pena edittale massima prevista per il reato più grave e non alla somma delle diverse pene massime. Molto frequente è la omissione di questa indicazione con la conseguenza che alcuni Magistrati di sorveglianza, ritenendo che la questione attenga al titolo esecutivo, promuovono incidente di esecuzione al fine della determinazione del termine massimo della misura detentiva.

Non ultimo può apparire utile l'utilizzo dello strumento previsto dall'art. 220 c. 2 c.p. che, in deroga alla previsione di legge – che stabilisce che le misure di sicurezza siano eseguite dopo la pena detentiva –, consente al giudice «tenuto conto delle particolari condizioni di infermità psichica del condannato» di anticipare il ricovero prima dell'inizio della pena detentiva. Provvedimento che deve essere assunto dal giudice di cognizione e che appare utile laddove vi sia una misura di sicurezza detentiva provvisoria destinata a cedere il passo alla pena detentiva applicata al seminfermo, con inevitabile interruzione

²⁰ Cfr. sul tema P. Pellegrini, *Il superamento degli OPG e le REMS. Oltre le buone intenzioni*, in *Sossanità*, 7 giugno 2020; M. Patarnello, *Le Rems: uscire dall'inferno solo con le buone intenzioni*, in *Questione Giustizia*, 2 giugno 2020.

del percorso di cura in atto. In questi casi può essere utile valutare il differimento dell'esecuzione della pena che, però non può essere effettuato dal magistrato di sorveglianza che non può invertire l'ordine di esecuzione tra pena detentive e misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia.

3.2. Nella fase di esecuzione penale.

Per quanto riguarda la fase dell'esecuzione della misura definitiva, non può non rilevarsi una maggiore familiarità con la materia da parte della **magistratura di sorveglianza** rispetto al giudice procedente nella fase della cognizione.

Spesso quella che dovrebbe essere la prosecuzione di un percorso già avviato nella fase della cognizione si configura invece come il punto di partenza.

I problemi più frequenti derivano dal prolungarsi smisurato della misura della libertà vigilata che non sottostà ad alcun termine massimo, con il rischio di ripetizioni di internamenti *sine die* in contesti comunitari sui quali sarebbe opportuno un maggiore controllo. Frequentemente le proroghe sono disposte non tanto per la presenza di indicatori interni ed esterni di pericolosità psichiatrica ed in ragione di una valida argomentazione in punto di pericolosità sociale, ma per richieste dei curanti volte a garantirsi adesione alle cure.

Si tende infatti a confondere il **piano clinico** della necessità di cura con **quello criminale** connesso al pericolo che il paziente commetta nuovi reati.

Ed ancora, forse anche in ragione della scarsità delle risorse dei centri (CPS o CSM) destinati ad accogliere i pazienti in percorsi territoriale, il ricorso agli inserimenti comunitari appare la regola, talvolta non giustificata; in ogni caso troppo spesso di durata eccessiva e senza una previsione di una gradualità di intervento con riavvicinamento al territorio. L'utilizzo delle risorse regionali per le misure di sicurezza di libertà vigilata comunitarie è spesso spropositato e non rispondente alle esigenze reali di cura.

Nella fase dell'esecuzione la presenza dell'UEPE può dare supporto nel vagliare la consistenza e le caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale, le risorse lavorative e le soluzioni alternative logistiche e per cercare di mettere in rete – e sollecitare – i servizi di cura.

Molto utile in situazioni disfunzionali la presenza di un amministratore di sostegno per garantire una "copertura" dei pazienti nelle scelte di cura e nei percorsi di non facile riavvicinamento alla vita, trattandosi spesso persone svantaggiate da un punto di vista socio familiare, lavorativo e sociale.

Non infrequenti sono i casi di unificazione delle misure di sicurezza ai sensi dell'art. 209 c.p. Noi avvocati ci troviamo di fronte a persone con storie di vita talvolta drammatiche e con un numero di processi spropositato; talvolta nell'arco di qualche mese, in ragione di scompensi o di acuzie, capita che siano commessi tanti reati che determinano procedimenti differenti i cui esiti finiscono per riunirsi ed essere ordinati solo in sede esecutiva. Per ragioni di economia processuale, si potrebbe pensare ad un utilizzo

più sistemico della riunione dei procedimenti e, in generale, ad una maggiore comunicazione tra gli uffici, ad esempio attraverso un sistema di segnalazione per evitare il moltiplicarsi di perizie.

4. Il ruolo dei protocolli operativi.

Così messe in luce le maggiori problematiche con le quali i diversi soggetti coinvolti si interfacciano quotidianamente, occorre evidenziare il fondamentale ruolo che può assumere per la risoluzione degli stessi l'utilizzo effettivo nelle aule di giustizia di **protocolli operativi** nei vari distretti elaborati in sinergia tra tutte le istituzioni coinvolte.

Protocolli che diano specifiche indicazioni per un'applicazione delle misure di sicurezza psichiatriche conformi alla legge e alla giurisprudenza costituzionale e di legittimità.

Le prime indicazioni in tal senso sono giunte dal Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) che è intervenuto con due distinte risoluzioni del 19 aprile 2017²¹ e del 24 settembre 2018²², richiamando l'esigenza di attuare al meglio i principi espressi dalla l. n. 81/2014 nella realtà operativa di tutti i giorni e raccomandando l'adozione di protocolli operativi.

Già la prima risoluzione del 19 aprile 2017 indica come necessario che gli uffici giudicanti mantengano «un rapporto di costante collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al DSM cui la legge n. 833 del 1978 assegna la responsabilità di prevenzione cura e riabilitazione dei problemi di salute psichica».

In linea di continuità con la delibera precedente, nella successiva risoluzione del 25 settembre 2018, il CSM ha altresì ribadito la necessità che «i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio [...] siano saldi e costantemente aggiornati».

Il CSM ha invocato nuovamente un dialogo costante tra le parti mediante la predisposizione di protocolli operativi.

Non sono pochi ormai i protocolli operativi licenziati, tra i vari si possono annoverare quello della regione Lazio, dell'Emilia Romagna, nonché dei distretti delle Corti di Appello di Brescia e di Torino.

La Corte di Appello di Milano, la Procura Generale presso la Corte di Appello di Milano, il Tribunale di Sorveglianza di Milano, i Tribunali del Distretto, le Procure della Repubblica presso i Tribunali del Distretto, l'Ordine distrettuale degli Avvocati di Milano, le Camere Penali distrettuali di Milano, la Regione Lombardia Direzione Generale del Welfare, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e l'UEPE di Milano hanno stipulato e sottoscritto il 12 settembre 2019 il protocollo in tema di misure di sicurezza²³

²¹ La risoluzione del CSM del 19 aprile 2017 è accessibile [a questo indirizzo](#).

²² La risoluzione del CSM del 24 settembre 2018 è reperibile [qui](#).

²³ Il protocollo menzionato è reperibile [a questo indirizzo](#).

avente ad oggetto l'applicazione di modelli operativi di cooperazione specificamente delineati.

Il protocollo è dettagliato e consta di 19 articoli e 9 allegati²⁴ in tema di misure di sicurezza psichiatriche per la città di Milano e Provincia e ha cercato di disciplinare tutta la durata della vicenda giudiziaria.

È previsto innanzitutto che le parti si impegnino affinché l'applicazione della misura di sicurezza detentiva del ricovero in REMS avvenga solo ed esclusivamente in caso di pericolosità sociale particolarmente elevata, avuto riguardo alla condizione clinica della persona, alla tipologia e alla gravità del reato commesso (art. 1).

È inoltre sottolineata l'importanza che al provvedimento giudiziario che dispone il ricovero, tanto in via provvisoria quanto in via definitiva, sia data immediata esecuzione – art. 659 co. 2 c.p.p. –, nel rispetto di criteri di priorità che tengano conto non solo della mera cronologia delle richieste ma anche di criteri basati sulle condizioni cliniche e giuridiche (art. 14).

Preziose poi le indicazioni fornite sulla competenza territoriale dei DSMD per la cura del soggetto con disturbi psichici autore di reato che si stabilisce sulla base della residenza delle persone e vengono indicate le regole specifiche in caso di cittadino italiano senza fissa dimora e degli stranieri entrati irregolarmente in Italia o divenuti irregolari (all. 2).

È previsto uno schema di quesito per il perito/consulente, che di seguito si riporta, e che è sicuramente utile a sopperire al problema della scarsità e inidoneità di quesiti da parte del giudice e delle chiare e clinicamente motivate proposte d'adozione di misure terapeutiche (art. 9):

«Accerti il perito/consulente, sottoponendo a visita l'indagato/imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica attinente alla sua condizione psichica, (esistente presso strutture – pubbliche o private – sanitarie oltre che carcerarie), contattati i servizi che hanno in cura l'indagato/imputato o quelli territorialmente competenti in relazione alla residenza del soggetto:

- se l'indagato/imputato sia affetto da disturbo mentale e, in caso positivo, di quale tipo;
- se lo stesso fosse capace di intendere e di volere al momento del fatto e in quale misura;
- specifici in dettaglio il rapporto tra l'infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta;
- dica se lo stato mentale dell'esaminando sia tale da consentirgli l'attuale cosciente partecipazione al procedimento e se l'eventuale incapacità a partecipare sia da ritenersi reversibile o irreversibile ed in base a quali fattori di natura clinica prognostica;
- nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, indichi il perito/consulente la persistenza di rischio psicopatologico rilevante ai fini dell'apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale;

²⁴ Disponibili a [questo indirizzo](#).

- in caso di accertata persistenza di rischio psicopatologico, dica il perito/consulente se il periziando sia da considerare persona che presenti, allo stato, necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica, precisando i rispettivi indicatori clinici;
- individui, quindi, il perito/consulente il percorso terapeutico più idoneo alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, d'intesa con i servizi sanitari territoriali, (DSMD) e tenendo conto che il ricovero in REMS "può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale" (art. 3 *ter*, co. IV D.L. 211/11);
- nel caso in cui il consulente/perito ritenga necessario un percorso terapeutico con ricovero in REMS specifichi gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche di tipo residenziale, non possono ritenersi idonei;
- nel caso in cui ritenga necessario un percorso terapeutico di tipo residenziale il perito concordemente con il DSMD suggerisca la tipologia di strutture idonee che saranno reperite dai referenti dell'*équipe* che ha in carico il paziente; qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea e, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero, individui il perito/consulente, in accordo con i DSMD, i percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, considerando il ricovero in SPDC solo in condizioni di acuzie psicopatologica».

Un articolo è dedicato anche al ruolo dell'avvocato (art. 10), ove si precisa che il difensore, con il consenso del paziente, può interagire con i congiunti e i familiari e si può relazionare con i medici e gli operatori di riferimento. Nel caso di una precedente presa in carico, deve anche mettere a disposizione la documentazione sanitaria pervenuta alla magistratura, al fine di facilitare l'individuazione delle soluzioni da adottare.

Altro punto critico evidenziato attiene al passaggio dalla fase della cognizione a quella dell'esecuzione: si è previsto per una massima continuità che la cancelleria competente per l'attestazione del passaggio in giudicato della sentenza invii al magistrato di sorveglianza il provvedimento genetico della misura di sicurezza provvisoria con le prescrizioni ed eventuali modificazioni. Il magistrato di sorveglianza a questo punto fissa in tempi rapidi dell'udienza per una nuova valutazione delle pericolosità sociale (art. 15).

È ribadito che in ogni tempo, le misure di sicurezza provvisorie e definitive, detentive e non detentive, possono essere revocate anticipatamente rispetto al termine di durata massima; a tal fine l'*équipe* della REMS e dei DSMD e l'UEPE, nelle rispettive competenze si devono attivare per monitorare il venir meno degli indicatori psichiatrico-forensi di pericolosità sociale e informare l'autorità giudiziaria secondo quanto previsto dall'art. 208 c.p. (art. 18).

Anche gli avvocati si devono attivare affinché siano comunicate per tempo al giudice procedente le relazioni cliniche in vista dell'accertamento o del riesame della pericolosità anche con preventiva condivisione delle relazioni tra *équipe* della comunità e CPS in caso di misure della libertà vigilata con collocamento in comunità. Il deposito delle relazioni deve avvenire nel termine di legge di 5 giorni prima dell'udienza (art. 18, cit.).

In definitiva, stabilendo delle **prassi operative uniformi e condivise** si riesce più facilmente anche a fronteggiare situazioni di urgenza e immediatezza in cui si trovano a dover decidere le autorità giudiziarie competenti, a dare risposte concrete e contributi in tempi rapidi imposti dalle situazioni contingenti, onde consentire il migliore

contemperamento delle esigenze di cura corrette per il singolo con quelle di sicurezza sociale.

5. Riflessioni conclusive.

Sono ancora tanti i passi da fare e le risorse da investire. Non può negarsi che alla base di molte delle criticità evidenziate nell'applicazione delle misure di sicurezza psichiatriche vi sia un **problema culturale** ancor prima che giuridico, oltre che di risorse.

Purtroppo persiste nelle aule di giustizia quel retaggio culturale che vede al centro del sistema esigenze securitarie e solo in seconda battuta la cura e il trattamento dell'autore di reato con patologie mentali, con tutte le conseguenze che ne derivano in termini di scarsa formazione e conoscenza della materia, poca attenzione alle esigenze sanitarie, alla persona e non all'etichetta "autori di reato".

Sicuramente l'elaborazione e l'applicazione di protocolli operativi nei vari distretti di Italia avrebbe, e laddove già in uso ha, il merito di:

- facilitare un lavoro multidisciplinare che deve essere necessariamente svolto in *équipe*;
- scandire i vari passaggi e gli *iter* da seguire anche attraverso la connessione delle varie figure di riferimento, dando così continuità al percorso terapeutico;
- assicurare la reciproca possibilità di immediato contatto e informazione attraverso la disciplina razionale di un sistema di comunicazioni;
- facilitare la gestione da parte dell'autorità giudiziaria di situazioni di urgenza;
- diffondere e promuovere ognuno all'interno dei propri uffici e servizi un'intensa e quanto mai opportuna attività di formazione;
- consentire la condivisione del linguaggio giuridico e clinico-sanitario indispensabile per fronteggiare la materia.

È chiaro che bisogna implementare un **sapere condiviso** tra i vari soggetti istituzionali di riferimento, i quali – pur appartenenti ad ambiti differenti – condividono un percorso comune affinché venga garantito l'uniforme e corretto funzionamento del sistema normativo delineatosi all'esito del lungo percorso di riforma.

Il numero e la tipologia di casi sempre più frequenti richiede la progressiva costruzione di una **nuova cultura psichiatrico-forense e giudiziaria**.

Bibliografia.

G. Balbi, *Infermità di mente e pericolosità sociale tra OPG e REMS*, testo della relazione tenuta presso la Scuola Superiore della Magistratura, nell'ambito dell'incontro di studi *Le misure di sicurezza personali*, Scandicci, Villa di Castel Pulci, 3 - 5 giugno 2015.

R. Bianchetti, *Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente*, in *Diritto Penale Contemporaneo*, 14 novembre 2014.

A. Calcaterra, Misura di sicurezza con ricovero in REMS: il ritorno al passato no! Commento all'Ordinanza del GIP di Tivoli in tema di misure di sicurezza detentive in ambito psichiatrico, in questa rivista, 6, 2020, pp. 42-52.

A. Calcaterra, Salute mentale e detenzione: un passo avanti. È possibile la cura fuori dal carcere, in questa rivista, 5, 2019, pp. 34-41.

A. Calcaterra, La riforma delle misure di sicurezza e il necessario ripensamento del percorso di cura in *Questione Giustizia, Rivista Trimestrale*, 2, 2015, pp. 79-84.

F. Della Casa, Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo pas-so di un arduo percorso riformatore, in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, fasc. 1, 2013, pp. 64-103.

U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, Tomo I, VII ed., UTET, 2019.

A. Massaro, Pericolosità sociale e misure di sicurezza detentive nel processo di "definitivo superamento" degli ospedali psichiatrici giudiziari: la lettura della Corte costituzionale con la sentenza n. 186 del 2015, in *Archivio Penale*, 2, 2015, pp. 2 ss.

M. Patarnello, Le Rems: uscire dall'inferno solo con le buone intenzioni, in *Questione Giustizia*, 2 giugno 2020.

Pellegrini P., Il superamento degli OPG e le REMS. Oltre le buone intenzioni, in *Sossanità*, 7 giugno 2020.

Giurisprudenza.

Cass. pen., sez. I, 31 gennaio 2019, n. 8287.
Cass pen., sez. I, 27 novembre 2018, n. 8242.
Cass. pen., sez. I, 16 maggio 2017, n. 50164;
Corte cost., 24 giugno 2015, n. 186.
Cass. pen., sez. II, 11 ottobre 2013, n. 43923.
Cass. pen., sez. V, 2004, n. 33220.
Corte cost., 29 novembre 2004, n. 367.
Corte cost., 18 luglio 2003, n. 253.