29 SETTEMBRE 2019 |

ANTONELLA CALCATERRA,

SALUTE MENTALE E DETENZIONE: UN PASSO AVANTI. È POSSIBILE LA CURA FUORI DAL CARCERE

LA CORTE COSTITUZIONALE, CON LA SENTENZA N. 99 DEL 19 APRILE 2019, SPAZZA VIA L'INSPIEGABILE DIVERGENZA DI CURA TRA LE PERSONE DETENUTE CHE SI TROVANO IN STATO DI GRAVE INFERMITÀ FISICA E QUELLE AFFETTE DA GRAVI PATOLOGIE PSICHIATRICHE

Abstract. La riforma perfezionatasi nel 2015 con la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e con la trasformazione della disciplina delle misure di sicurezza aveva lasciato scoperta la tutela giudiziaria delle persone colpite da patologie psichiatriche sopravvenute. Si è assistito ad una regressione trattamentale, per il venir meno di un controllo giurisdizionale, e ad un'assenza di soluzioni di cure. In totale divergenza con la tutela garantita alle persone in stato di grave infermità fisica e con i principi secondo cui il carcere non cura, ma aggrava e riacutizza.

SOMMARIO: 1. Cosa è successo? – 2. Evoluzione storica della riforma in tema di cura dei pazienti psichiatrici autori di reato e il problema residuo. – 3. La sentenza della Corte costituzionale n. 99 del 2019. – 4. Cosa resta da fare.

1. Cosa è successo?

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 99 del 2019, pubblicata il 19 aprile 2019, ha dato un importantissimo contributo alla "risurrezione" del diritto alla tutela della salute delle persone con problemi di malattia mentale detenute nelle nostre carceri.

Un termine forte che si addice al giorno del deposito di una pronuncia attesa da mesi e che ben rispecchia l'importanza della decisione. Almeno per chi si dibatteva da tempo nelle strettoie di un ordinamento che, di fatto, non consentiva una soluzione giuridica e un percorso che assicurasse la cura ai detenuti con problematiche psichiatriche sopravvenute e intercettate durante la detenzione in carcere. Non poche persone[1].

Una pronuncia che si pone in linea con un percorso di riforma iniziato nel 2011 e conclusosi, almeno nella sua parte più importante, nel 2014, quando con la legge n. 81/2014 il Parlamento decise la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) al 31 marzo 2015[2]. Data poi non prorogata ulteriormente.

Una riforma epocale andata ad incidere non solo sui luoghi di cura, ma sulla disciplina complessiva delle misure di sicurezza e che ha introdotto un sistema di cura basato sulla inclusione territoriale e sociale del paziente e non più sulla espulsione dei "matti" in quanto "pericolosi".

Residuava però un problema consistente nell'assenza di analoga tutela per chi non era stato intercettato nella fase processuale e non risultava destinatario di misura di sicurezza.

Di fatto, avevamo un sistema che da un lato garantiva un'assistenza e una cura ispirata a principi di deistituzionalizzazione inserita nella cornice giuridica di una misura di sicurezza che deve essere per lo più non detentiva e, dall'altro, non consentiva null'altro se non la cura in regime carcerario a chi invece aveva una problematica psichiatrica "sopravvenuta".

Giuridicamente parlando i cosiddetti "148" del codice penale[3]. Persone senza tutela di cura.

Problema che non è sfuggito a operatori sanitari, giudiziari e neppure ad una Corte Costituzionale attentissima ai diritti fondamentali delle persone. Era però completamente sfuggito al legislatore che nel recente intervento di riforma ha ignorato le indicazioni precise arrivate dalle commissioni di riforma[4].

2. Evoluzione storica della riforma in breve e passaggi critici.

La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari è avvenuta formalmente il 31 marzo 2015. Da quel momento questi luoghi «di autentico orrore»[5] sono stati sostituiti con le cosiddette «residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza» da realizzarsi in ogni Regione e secondo i criteri contenuti nel *Decreto del Ministro della Salute in concerto con il Ministro della Giustizia – 1° ottobre 2012*[6].

Alcune Regioni furono commissariate per la loro totale inerzia, ma grazie al lavoro del commissario straordinario Franco Corleone[7] oggi quasi tutte le Regioni, eccezion fatta per Valle d'Aosta, Molise e Umbria, sono dotate di Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems)[8].

Il 31 marzo 2015 rappresenta una data significativa e storicamente importante: un passaggio normativo che focalizza finalmente l'interesse prioritario sul malato e sulla rilevanza dei progetti di cura individuali. Furono sanciti i principi della priorità della cura territoriale e dell'inclusione sociale delle persone[9].

Tuttavia la medesima data ha rappresentato un problema per i detenuti in espiazione di pena ai sensi dell'art. 148 c.p., vale a dire per quei detenuti nei confronti dei quali, alla luce appunto della gravità delle condizioni psicopatologiche sopravvenute tali da impedire l'esecuzione della pena, era disposto il ricovero in OPG, perché essi proprio dagli OPG furono tutti trasferiti negli istituti detentivi.

Il loro luogo di cura di riferimento (ammesso che prima fosse tale l'OPG) altro non poteva essere che il carcere. Le cosiddette «articolazioni per la salute mentale»[10], ove dovevano essere destinate le persone, in molte Regioni non esistevano e in ogni caso altro non erano che un reparto del carcere.

Problema che non rimase inosservato.

Il Tavolo 10 degli Stati generali dell'esecuzione penale, di cui chi scrive ha fatto parte, elaborò una proposta di riforma che superasse l'evidente assenza di tutela alla salute per i condannati portatori di problematiche psichiatriche con revisione degli artt. 147[11] e 148 c.p. e «adeguamento dell'art. 47 *ter* o.p., onde consentire una equiparazione dei rimedi di cura previsti per chi è affetto da grave patologia fisica e chi è affetto da grave patologia psichiatrica»[12].

In caso di «grave infermità fisica» opera infatti il meccanismo basato sull'art. 147 c.p., che consente il rinvio ovvero la sospensione dell'esecuzione della pena ovvero, per effetto del richiamo operato dall'art. 47 *ter*, comma 1 *ter*, o.p., della detenzione domiciliare; nell'ipotesi invece di «infermità psichica sopravvenuta» l'art. 148 c.p., dopo la chiusura degli OPG, altro non consentiva se non la permanenza dei detenuti in regime detentivo (in apposite sezioni per infermi psichici).

Risposta che oltre a presentare un'evidente e ingiustificata disparità tra portatori di problemi fisici e portatori di problemi psichiatrici, si scontrava con i principi che ispirano la nuova disciplina delle misure di sicurezza introdotta con la legge n. 81/2014, che favorisce, in ragione della loro maggiore efficacia in termini di cura rispetto a quelle detentive, il ricorso alle misure non detentive nei confronti delle persone affette da problematiche psichiatriche.

Da qui la proposta di ampliamento dell'ipotesi prevista dall'art. 147 comma 1 n. 2 c.p. fino a ricomprendere anche le «condizioni di grave infermità psichica», consentendo così il differimento dell'esecuzione ovvero l'espiazione della pena anche nelle forme alternative della detenzione domiciliare, senza distinzione a seconda della tipologia (fisica o psichica) di grave malattia con conseguenziale la proposta abrogativa dell'art. 148 c.p.[13].

Analoga proposta arrivò dalla c.d. "Commissione Pelissero" istituita il 19 luglio 2017 ed incaricata di elaborare il progetto 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[14].

Il resto è storia.

Nessuna di queste proposte è stata recepita dai decreti legislativi 2 ottobre 2018, n. 123 e n. 124 di riforma dell'ordinamento penitenziario, ancora una volta mostrando una totale miopia della politica rispetto ai problemi evidenziati da tutti gli operatori tecnici operanti sul campo. Anche il Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute in sede di parere affrontava con tono critico questo mancato intervento[15].

Di nuovo, e più recentemente, il Comitato nazionale per la bioetica nelle raccomandazioni pubblicate il 22 marzo 2019 in tema di «salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere» ha evidenziato il nodo controverso e delicato che «riguarda i condannati e già reclusi cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione» specificando che la mancata inclusione nell'art. 147 c.p. dell'ipotesi di "infermità psichica" impedisce di fatto di «allargare la possibilità di sospensione ai soggetti con malattia psichiatrica, causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto alla tutela della salute»[16].

Il Comitato mette in chiara luce il «paradosso della sopravvivenza dell'art. 148 c.p. dopo la chiusura dell'OPG» che dovrebbe indurre «a riflettere»[17].

Riflessione, come si è visto, ignorata dalla politica, ma non dal Giudice delle Leggi ed ancor prima dai giudici della Suprema Corte di Cassazione, sezione 1 penale, che con l'ordinanza 22 marzo 2018 avevano sollevato la questione di legittimità costituzionale in riferimento all'art. 2, 3, 27, 32 e 117 Costituzione, in relazione all'art. 3 convenzione CEDU, dell'art. 47 *ter*, comma 1 *ter*, o.p. «nella parte in cui detta previsione di legge non preveda l'applicazione della detenzione domiciliare anche nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena»[18].

3. La sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.

Ancora una volta il Giudice delle leggi con apprezzabile rigore e puntualità interviene sul tema rimasto privo di tutela giuridica in modo da assicurare la cura, il più conforme possibile ai principi sanitari vigenti, alle persone detenute con problematiche psichiatriche.

Viene spazzata via quell'evidente disparità di trattamento in violazione dell'art. 3 della Costituzione tra chi soffre di una grave infermità fisica e chi invece è portatore di una patologia psichiatrica, per il quale l'unica vera cura garantita era in carcere, ossia nel luogo ove sono acuite le sofferenze e che rappresenta la negazione «del paradigma culturale e scientifico nel trattamento della salute mentale»[19].

«La malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica ed è appena il caso di ricordare che il diritto fondamentale alla salute *ex* art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela», scrivono i giudici, anche sottolineando che «soprattutto le patologie psichiche possono aggravarsi e acutizzarsi proprio per la reclusione: la sofferenza che la condizione carceraria inevitabilmente impone di per sé a tutti i detenuti si acuisce e si amplifica nei confronti delle persone malate, sì da determinare, nei casi estremi, una vera e propria incompatibilità tra carcere e disturbo mentale»[20].

La ricostruzione prospettata dalla Corte di cassazione, osserva il Giudice delle leggi, è condivisibile laddove evidenzia che l'evoluzione dell'ordinamento che ha nei fatti svuotato di ogni contenuto l'art. 148 c.p., dedicato proprio ai casi di «infermità psichica sopravvenuta al condannato», non senza porre l'accento sulla arretratezza di contenuto dell'art. 148 c.p. che «riflette un approccio alla malattia mentale tipico dell'epoca in cui fu scritto bastato sull'internamento» e che non appare adeguato al «cambiamento di paradigma culturale e scientifico nel trattamento della salute mentale che può riassumersi nel passaggio dalla mera custodia alla terapia»[21].

Da qui il doveroso intervento «per rimediare alla violazione dei principi costituzionali denunciata dal giudice rimettente, di modo che sia da subito ripristinato un adeguato bilanciamento tra le esigenze della sicurezza della collettività e la necessità di garantire il diritto

alla salute dei detenuti (art. 32 Cost.) e di assicurare che nessun condannato sia mai costretto a scontare la pena in condizioni contrarie al senso di umanità (art. 27, terzo comma, Cost.), meno che mai un detenuto malato»[22].

La Corte Costituzionale ha ritenuto fondata la questione dando atto che il quadro normativo vigente non consentiva ai detenuti affetti da grave infermità psichica sopravvenuta con un residuo di pena superiore ai quattro anni alcun accesso a forme di esecuzione di pena alternativa ala detenzione.

E conseguentemente ha accolto la questione di legittimità costituzionale prospettata dal giudice rimettente e ha dichiarato «l'illegittimità costituzionale dell'art. 47 *ter*, comma 1 *ter* o.p., nella parte in cui non consente che la detenzione domiciliare umanitaria sia disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta»[23].

Con la precisa indicazione che non si tratta di una «"misura alternativa alla pena" ma una pena "alternativa alla detenzione" o, se si vuole, una "modalità di esecuzione della pena", sottolineando come essa debba essere sempre accompagnata da «prescrizioni limitative della libertà, sotto la vigilanza del magistrato di sorveglianza e con l'intervento del servizio sociale»[24]. Il richiamo all'art. 47 *ter*, comma 4 o.p. riporta al contenuto di una misura che dovrà essere articolato a seconda delle esigenze di cura e di tutela delle persone offese sulla base di una attenta valutazione della situazione rimessa al Magistrato di sorveglianza che dovrà essere coadiuvato dai servizi di cura competenti.

L'intervento della Corte Costituzionale è conseguenziale, ancora una volta, ad una persistente inerzia del legislatore. Già con la sentenza n. 111 del 1996 la Corte: «…preso atto dell'insoddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave, sopravvenuta alla condanna, ha richiamato il legislatore a «trovare una equilibrata soluzione» che garantisca ai condannati affetti da patologie psichiche «la cura della salute mentale – tutelata dall'art. 32 della Costituzione – senza che sia eluso il trattamento penale»[25].

A distanza di tanti anni, tale richiamo è rimasto inascoltato.

Come pure, stigmatizza la Corte: «è rimasta incompiuta quella parte della delega disposta dalla legge 23 giugno 2017, n. 103 (Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario), relativa ai detenuti malati psichici, volta a garantire loro adeguati trattamenti terapeutici e riabilitativi anche attraverso misure alternative alla detenzione, oltre che attraverso la creazione di nuove strutture sanitarie interne al carcere. L'istituzione delle Rems introdotte dalla riforma non è di rimedio alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG»[26].

Insomma un intervento doveroso, necessario e conseguenziale, ancora una volta, all'inerzia di chi avrebbe dovuto elaborare un assetto normativo coerente nel suo insieme e ispirato a principi di cura ormai consolidati. Il riferimento è esplicito alla chiusura degli ospedali psichiatrici civili, ormai risalente a 40 anni fa, e ad un paradigma di cura ormai completamente differente.

4. Cosa resta da fare.

Ora abbiamo un complesso di norme che in maniera armonica garantisce percorsi di cura a tutte le persone con problemi mentali che entrano nel circuito penale, siano esse intercettate prima, e quindi destinatarie di misure di sicurezza, siano esse detenuti con patologie sopravvenute. Misure di sicurezza non detentive, quali la libertà vigilata nella forma territoriale o comunitaria, detenzione domiciliare prevista dall'art. 47, comma 1, lett. c) o.p., detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" di cui all'art. 47 *ter*, comma 1 *ter* o.p. per le pene superiori a 4 anni.

Un complesso di norme in linea con le indicazioni del parere del Comitato nazionale per la bioetica e con i principi portati dalla psichiatria attuale.

Non ci resta, conseguentemente, che farne buon uso.

La Corte Costituzionale ha smussato gli ultimi spigoli di un processo legislativo che, partendo dalla denuncia pubblica dei luoghi di «autentico orrore»[27], ha attribuito diritti e dignità ad esseri umani da molti considerati «vite da scarto»[28].

Il percorso in atto, tuttavia, è ancora lento e non senza contraddizioni. Non può passare inosservato che il CSM abbia emesso due risoluzioni consecutive per sollecitare la buona applicazione dei principi della riforma e la realizzazione di protocolli tra i soggetti che devono occuparsi a vario titolo dei percorsi di cura delle persone[29].

Tuttavia è da dire a chiare lettere che, pur residuando in alcune Regioni molte resistenze, occorre che vengano messe a disposizioni risorse e che il sistema sanitario venga dotato di persone (psichiatri, educatori e assistenti sociali) e di luoghi di accesso a cure efficaci.

Senza i quali il sistema faticherà a perdere la logica ancora diffusa ispirata al "tenere chiuse" persone con problematiche mentali.

---

[1] Si leggano, a titolo esemplificativo: *Cass. pen., Sez. I, sent. n. 15531 del 12.10.2017, dep. Il 06.04.2018*; *Cass. pen., Sez. I, ord. n. 13382 del 23.11.2017*, per il cui testo cfr. *La detenzione domiciliare come modalità di esecuzione della pena nei confronti di soggetti imputabili affetti da patologia psichica: la questione alla Corte costituzionale (in attesa del legislatore?)* in *Diritto penale contemporaneo*, 4 aprile 2018. Propone un'applicazione analogica *in bonam partem* della disciplina *ex* art. 147 c.p. alla fattispecie della grave malattia psichica *Trib. Sorv. Messina, 28.02.2018, Pres. Mazzamuto, Est. Lino*, per il cui testo cfr. *Esecuzione della pena e infermità psichica sopravvenuta: il tribunale di sorveglianza di Messina imbocca la via dell'interpretazione conforme a Costituzione e applica la detenzione domiciliare*, in *ivi*, 14 maggio 2018.

[2] I provvedimenti che si sono succeduti sono: legge 17 febbraio 2012, n. 9, legge 23 maggio 2013, n. 57, legge 30 maggio 2014, n. 81. Provvedimenti legislativi che, oltre a sancire il termine di chiusura del OPG, hanno via via regolamentato la disciplina delle misure di sicurezza e introdotto disposizioni volte a regolamentare e disciplinare gli obblighi delle Regioni ed una corretta attività che fosse funzionale ad una buona applicazione della riforma.

[3] L'art. 148 c.p. prevede quanto segue: «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 manicomio giudiziario, ovvero in una casa di cura e di custodia. Il giudice può disporre che il condannato, invece che in un manicomio giudiziario, sia ricoverato in un manicomio comune 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.

La disposizione precedente si applica anche nel caso in cui, per infermità psichica sopravvenuta, il condannato alla pena dell'ergastolo deve essere ricoverato in un manicomio giudiziario.

Il provvedimento di ricovero è revocato, e il condannato è sottoposto alla esecuzione della pena, quando sono venute meno le ragioni che hanno determinato tale provvedimento».

[4] Si leggano, per ulteriori approfondimenti, i lavori della 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: v. *Riforma della sanità penitenziaria e delle pene accessorie: la proposta della Commissione Pelissero*, in *Diritto penale contemporaneo*, 9 febbraio 2018.

[5] Il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, nel discorso di fine anno del 2012 aveva definito gli Ospedali psichiatrici giudiziari «autentico orrore indegno di un paese appena civile».

[6] Cfr. il testo del Decreto del Ministro della Salute in concerto con il Ministro della Giustizia 1° ottobre 2012, recante *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia*, pubblicato in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 270 del 19 novembre 2012.

[7] Cfr. la *Relazione finale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG),* del 17 febbraio 2018, accessibile a questo *link.*

[8] Sul punto, v. Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2019*, Quintly, 2019, p. 166.

[9] Con tale riforma «si passa da un modello di cura istituzionalizzante dentro un sistema di misure di sicurezza per lo più detentive ad un modello di trattamento personalizzati espirato a paradagmi riabilitativi ed inclusivi all'interno di un sistema di misure di sicurezza non detentive, salvo che in ipotesi caratterizzare da eccezionale gravità». Così A. Calcaterra, *La riforma delle misure di sicurezza e il necessario ripensamento del percorso di cura*, in *Questione Giustizia*, 2, 2015, p. 79.

[10] Cfr. Nota n. 0066342-2015 del 24.02.2015 del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio VI, p. 2.

[11] Si rammenta che l'art. 147 c.p. prevede che: «l'esecuzione di una pena può essere differita:

1) se è presentata domanda di grazia, e l'esecuzione della pena non deve essere 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.

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. 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».

[12] Si veda la relazione finale del Tavolo 10 degli Stati generali dell'esecuzione penale denominato "Salute e disagio psichico", p. 3.

[13] *Idem*, p. 4.

[14] Per consultare il testo della relazione della *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*, presideuta dal prof. Marco Pelissero, si rinvia a *Riforma della sanità penitenziaria e delle pene accessorie: la proposta della commissione Pelissero*, in *Diritto penale contemporaneo*, 8 agosto 2018.

[15] Cfr. il parere del garante nazionale sul decreto legislativo recante «riforma dell'ordinamento penitenziario» (legge delega n. 103 del 2017) ai sensi dell'articolo 19 lettera c del protocollo: «resta del tutto aperta la questione dell'assenza di un qualsiasi intervento per ridefinire la tutela del disagio e dell'infermità mentale di persone ristrette in carcere in quanto detenute e non internate (per le quali si dovrebbe provvedere con le REMS). Tali situazioni, nella loro varietà, vanno dal periodo di accertamento alla necessità di un trattamento terapeutico fino all'eventualità del rinvio facoltativo dell'esecuzione penale. Riguardo a quest'ultimo punto, l'inconsistenza logica dell'attuale situazione che di fattosi è determinata dà esiti e sviluppi decisionali differenti per le infermità fisiche e per quelle psichiche (artt. 147 e 148 c.p.). Una situazione che faceva ritenere inderogabile l'inserimento di una norma specifica nel testo di questo decreto» (p. 4). Il Garante nazionale invita, quindi, a riflettere sulla necessità di introdurre una norma in tale direzione.

«Il punto l della legge di delega indica inoltre di tenere conto, nel quadro della ridefinizione delle disposizioni relative alla tutela della salute in carcere, della "necessità di potenziare l'assistenza psichiatrica negli istituti di pena". Il testo proposto non affrontando tale aspetto, lascia una drammatica situazione invariata, attualmente anche evidenziata dall'alto numero di autolesionismo e tentati suicidi, portati all'esito finale a ritmo più che settimanale, e, sul piano formale, determina una carenza di esercizio di delega» (*ibidem*).

[16] Si veda il testo del documento, accessibile a questo *link* (p. 13).

[17] *Ibidem*.

[18] Cfr. Cass. pen., Sez. I, 22 marzo 2018, ric. Montenero, p. 16.

[19] Corte Cost, sentenza n. 99 del 20.02.2019, dep. il 19.04.2019, par. 3.1.

[20] *Idem*, par. 4.1.

[21] *Idem*, par. 3.1.

[22] *Idem*, par. 4.3.

[23] *Ibidem.*

[24] *Idem*, par. 5.1.

[25] Corte Cost, sentenza n. 111 del 28.03.1996, dep. il 12.04.1996, par. 4.

[26] Corte Cost, sentenza n. 99 del 20.02.2019, cit., par. 3.2.

[27] Cfr., *supra*, nota n. 5.

[28] Si legga A. Pugiotto, *La follia fuori dal carcere, la sentenza della Consulta*, in *Il Manifesto*, 23 aprile 2019.

[29] Cfr. la Delibera del CSM del 19 aprile 2017, recante *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*, e la Risoluzione del CSM del 24 settembre 2018, recante *Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche.*