



MEMORIE DEL DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
21/2022

Comitato scientifico delle Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza

Raffaele Caterina (coordinatore), Alessandra Algostino, Roberto Cavallo Perin, Elena D'Alessandro, Paolo Gallo, Enrico Grosso, Michele Graziadei, Edoardo Greppi, Daniela Izzi, Pier Giuseppe Monateri, Ugo Pagallo, Anna Maria Poggi, Michele Rosboch, Dario Tosi, Michele Vellano, Ilaria Zuanazzi.

Dieci anni di REMS

Un'analisi interdisciplinare

a cura di

MARCO PELISSERO, LAURA SCOMPARIN, GIOVANNI TORRENTE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO

Edizioni
Scientifiche
Italiane



Opera finanziata con il contributo del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

Il presente volume è stato preliminarmente sottoposto a un processo di referaggio anonimo, nel rispetto dell'anonimato sia dell'Autore sia dei revisori (*double blind peer review*). La valutazione è stata affidata a esperti del tema trattato, nominati dal Comitato Scientifico della Collana in conformità al Regolamento delle pubblicazioni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

I revisori hanno formulato un giudizio positivo sull'opportunità di pubblicare il presente volume.

PELISSERO Marco; SCOMPARIN Laura; TORRENTE Giovanni (*a cura di*)
Dieci anni di REMS. Un'analisi interdisciplinare
Memorie del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino - 21/2022
Napoli-Torino: Edizioni Scientifiche Italiane - Università degli Studi di Torino

© 2022 by Edizioni Scientifiche Italiane s.p.a.
80121 Napoli, via Chiatamone 7
www.edizioniesi.it
info@edizioniesi.it

pp. XIV+620; 24 cm
ISBN: 978-88-495-4900-3

© 2022 Università degli Studi di Torino
10124 Torino, Via Verdi 8
[www.collane.unito.it/oa/
openaccess@unito.it](http://www.collane.unito.it/oa/openaccess@unito.it)

ISBN: 9788875902186

Prima edizione: maggio 2022
un volume in lingua italiana



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale Non opere derivate 4.0 Internazionale

I diritti di traduzione, riproduzione e adattamento totale o parziale e con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4 della legge 22 aprile 1941, n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

Sommario

<i>Presentazione</i> di MAURO PALMA	IX
MARCO PELISSERO, LAURA SCOMPARIN, GIOVANNI TORRENTE <i>Premessa</i>	XIII
SEZIONE PRIMA Le persone	
PERLA ARIANNA ALLEGRI, BARBARA GIORS, MICHELE MIRAVALLE <i>Salute mentale e questione criminale: dal superamento normativo degli OPG all'attuazione della riforma</i>	3
DANIELA RONCO <i>La categoria sociologica della pericolosità e il trattamento delle eccedenze. Il caso dei cripto-imputabili</i>	35
TOMMASO TRINCHERA <i>La nozione di infermità mentale nella giurisprudenza penale</i>	55
FILIPPO PENNAZIO, VINCENZO VILLARI <i>L'imputabilità e l'ampliamento della nozione di infermità di mente. I disturbi di personalità e il problema dei cripto-imputabili</i>	79
ANDREA CABIALE <i>L'accertamento giudiziale della pericolosità sociale fra presente e futuro</i>	93
MARCO PELISSERO <i>Misure di sicurezza terapeutiche e mutazioni della pericolosità sociale</i>	127

- GABRIELE ROCCA, CATERINA BOSCO
*Tra pericolosità sociale e bisogno di cura: i difficili equilibri
tra approccio giuridiale, concezione psicologica e conce-
zione psichiatrica della pericolosità* 155
- GEORGIA ZARA
*La valutazione del rischio nel percorso di costituzione delle
REMS. Criticità e prospettive future* 185

SEZIONE SECONDA

I luoghi

- GIUSEPPE DI GIUDA, ELENA SEGHEZZI
*L'edilizia penitenziaria, dal controllo alla cura: dai manicomi
alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza* 209
- GIOVANNI TORRENTE
È quello delle REMS un caso di deistituzionalizzazione? 225
- KARMA NATALI
*Vita quotidiana e diritti dei pazienti ricoverati nelle REMS:
i modelli di organizzazione interna* 255
- EMMANUELE PENCO
*La gestione della sicurezza nelle REMS: profili organizzati-
vi, giuridici, terapeutici* 279

SEZIONE TERZA

I percorsi

- PERLA ARIANNA ALLEGRI
*Le liste d'attesa per l'accesso in REMS. Modelli di tenuta tra
esigenze di cura ed aspirazioni securitarie* 305
- BARBARA GAGLIARDI
*La tutela della salute mentale degli «ex internati» tra orga-
nizzazioni pubbliche e private* 335
- MICHELE MIRAVALLE
*Non solo REMS. Le «altre» misure di sicurezza tra cura e
controllo* 357

Sommario VII

ANTONIO FRANCESCO MORONE
Dalle misure di sicurezza non detentive alle misure terapeutiche: cronaca di un percorso normativo incompiuto 385

GIULIA MANTOVANI
Applicazione provvisoria di misure di sicurezza e strumenti alternativi per il controllo e la cura 417

SEZIONE QUARTA
I contesti

LAURA SCOMPARIN
La valutazione della Corte europea dei diritti dell'uomo sulle limitazioni alla libertà personale imposte alle persone affette da patologie mentali: tra casi e principi, una progressiva crescita di attenzione per diritti fondamentali a rischio amplificato 461

ANNA COSTANTINI
Custodia e cura dell'infermo di mente-autore di reato nel modello tedesco delle «misure di miglioramento e sicurezza» 483

CAROLINE PELOSO
I modelli di sorveglianza e cura negli ordinamenti e nelle prassi europee: Francia 515

ANTONELLA MADEO
Le misure di sicurezza in Spagna 535

SOFIA CONFALONIERI
La cura e la custodia del soggetto psichiatrico autore di reato in Inghilterra 573

OSCAR CALAVITA
Le misure di sicurezza e la loro esecuzione nei Paesi scandinavi 595

Notizie sugli autori 615

OSCAR CALAVITA

Le misure di sicurezza e la loro esecuzione nei Paesi scandinavi

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Norvegia. – 3. Finlandia. – 4. Svezia. – 5. Brevi considerazioni conclusive.

1. Premessa

I Paesi scandinavi sono, pur con le loro specificità rispetto ai modelli tradizionali, Paesi caratterizzati da sistemi di *civil law*¹. In virtù di tale caratteristica, il campo delle misure di sicurezza, al pari di ogni altro settore dell'ordinamento giuridico, è governato da leggi scritte. Più nello specifico, come si vedrà in seguito, alla base del sistema delle misure di sicurezza di ogni Paese vi è un codice penale, che ne detta i presupposti applicativi, e una o più disposizioni legislative complementari, che ne disegnano le modalità di esecuzione².

Si anticipa fin d'ora che le normative sono, in linea generale, estremamente diverse tra loro, mentre la durata nel tempo delle misure di sicurezza è tendenzialmente indeterminata in ciascun Paese. Inoltre, tali discipline non sono state ritenute in contrasto con la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo («CEDU»)³, ad eccezione – come si vedrà – di un caso relativo alla Finlandia.

Nel presente contributo si analizzeranno pertanto le discipline penali sostanziali che reggono l'applicazione delle misure di sicurezza e la loro durata nel tempo in Norvegia, Finlandia e Svezia.

Si darà poi atto di quali sono i principi che reggono l'esecuzione

¹ U. BERNITZ, *What is Scandinavian Law? Concept, Characteristics, Future*, in *Stockholm Institute for Scandinavian Law*, 2007, p. 14 ss.

² Le discipline nazionali sono state rinvenute tradotte su fonti *open acces* in lingua inglese, mentre *Psychiatric Forensic Care Act* svedese ha richiesto una traduzione autonoma dell'Autore.

³ V., in particolare, C. EDU, Chamber, 29 agosto 1990, *E. c. Norvegia*, ric. n. 11701/85; C. EDU, Chamber, *Eriksen c. Norvegia*, ric. n. 17391/90.

delle misure di sicurezza negli ospedali psichiatrici (afferenti al servizio sanitario nazionale) e di come il trattamento sia individualizzato per garantire le terapie necessarie alla riabilitazione dell'internato.

Alla luce di tali premesse, si procederà alla trattazione separata di ogni singolo Paese (Norvegia, Finlandia e Svezia), per poi riassumere analogie e differenze in un paragrafo conclusivo.

2. Norvegia

Il sistema norvegese delle misure di sicurezza è basato principalmente sul «*Penal Code*»⁴ («CPN») e sul «*Mental Health Care Act*»⁵ (MHCA) – e relativi regolamenti di attuazione –, che devono essere letti in sinergia tra loro.

In via preliminare, si deve anticipare che la Norvegia non presenta un circuito differenziato per gli internati (*rectius*: persone non imputabili - *utilregnelighet*) rispetto agli altri soggetti affetti da malattia psichica e socialmente pericolosi⁶: in entrambi i casi possono essere collocati presso istituti dedicati qualora siano socialmente pericolosi. Ciò, però, con una precisazione: i malati psichiatrici possono essere costretti a far accesso in istituto qualora siano pericolosi per sé o per gli altri⁷, mentre i soggetti non imputabili solo qualora siano pericolosi per i terzi.

Inoltre, il sistema norvegese si è da sempre basato su un «*medical model*» per individuare le persone non imputabili e, in particolare, l'incapacità era ritenuta una «*medical/biological condition*»⁸ svincola-

⁴ LOV-2005-05-20-28. In particolare, si fa riferimento agli artt. 20, 30 e da 62 a 65 CPN.

⁵ Act No. 62 of 2 July 1999 relating to the provision and implementation of mental health care (the Mental Health Care Act), with later amendments. Vi è peraltro da considerare che in Norvegia il numero di persone private della libertà personale in istituti psichiatrici è maggiore di quelle detenute (v. R.R. DISETH, *Compulsory Mental Health Care in Norway: A Study of the Interface between the Law and Psychiatry*, in www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/35828/dravhandling-diseth.pdf, p. 12).

⁶ Sul punto v. Ø. HOLST, *Court-Ordered Compulsory Psychiatric Care and the Prosecutor's Control Function*, in *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, 2019, 7, p. 136.

⁷ Secondo il *Mental Health Services in Norway. Prevention - Treatment - Care 1998-2008* del Norwegian Ministry of Health and Care Services, p. 16, quantomeno sino al 2008 il ricovero obbligatorio nelle strutture psichiatriche, a prescindere dalla commissione di un reato o da un procedimento penale, era frequentemente utilizzato.

⁸ L. GRÖNING e J. JACOBSEN, *Introduction. Criminal Insanity in Norwegian Law: Theory and Practice*, in *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, Volume 7, Issue 1, 2019, p. 1.

ta da qualsivoglia requisito di connessione causale tra la patologia e la commissione del fatto⁹. Infatti, l'intenzione del legislatore era quella di limitare il potere discrezionale del giudice in tema di non imputabilità, attribuendo maggior peso in sede di accertamento alla scienza psichiatrica¹⁰. Solo recentemente, nel 2019, si è abbandonato tale modello e si è fatto riferimento a un «*non-medical criterion formulated as a value judgment*»¹¹, sostituendo all'art. 20 CPN la stigmatizzante¹² locuzione «*psychotic*» con «*severely deviant state of mind*».

Pertanto, oggi le persone non imputabili, ai sensi dell'art. 20 CPN¹³, si possono suddividere in due categorie: da un lato, coloro che, al momento del fatto, hanno meno di quindici anni; dall'altro, invece, soggetti che presentano una condizione mentale gravemente deviata («*severely deviant state of mind*»), una consapevolezza gravemente compromessa («*severely impaired consciousness*») o una grave disabilità mentale («*severe mental disability*»).

Più nello specifico, in dottrina si è evidenziato come il «*severely deviant state of mind*» debba ripercuotersi sulla capacità di comprendere la realtà al momento del fatto; la «*severely impaired consciousness*» si riferisca a casi in cui l'agente ha agito senza la percezione di cosa stava accadendo, come nel caso di perdita della memoria o nel caso di sonnambulismo¹⁴; la «*severe mental disability*» sia una grave mancanza cognitiva, quale può essere un quoziente intellettivo inferiore a 55¹⁵.

Similmente a quanto avviene in Italia in caso di ubriachezza preordinata (art. 92 c.p.), poi, se l'incapacità di intendere e di volere è

⁹ L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity, Psychosis and Impaired Reality Testing in Norwegian Law*, in *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, Volume 7, Issue 1, 2019, p. 27. Nello stesso senso R. ROSENQVIST, *The Insanity Defence: how do we handle Doubt?*, *ivi*, pp. 60-61.

¹⁰ L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity*, cit., p. 34.

¹¹ A. LØVLIE, *Criminal Insanity: Concepts and Evidence*, in *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, Volume 7, Issue 1, 2019, p. 88.

¹² La definisce tale R. ROSENQVIST, *The Insanity Defence*, cit., p. 76.

¹³ La dottrina lo definisce «*legally vague*» e specifica che «*the vagueness is not properly cured in forensic practice*» (L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity*, cit., p. 46).

¹⁴ In ogni caso nella prassi questa categoria è raramente applicata. In dottrina si è sottolineato che «*this might be because people suffering from epilepsy, diabetes, and other illnesses that can result in lack of consciousness receive much better treatment today than a hundred years ago*» (R. ROSENQVIST, *The Insanity Defence*, cit., p. 68).

¹⁵ L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity*, cit., p. 29. Approfondisce la tematica E. SØNDENAA *et al.*, *Criminal Responsibility and Challenges in the Criminal Justice System for People with Intellectual Disability in Norway*, in *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, Volume 7, Issue 1, 2019, p. 97 ss.

dovuta a uno stato di intossicazione auto indotto («*self-induced intoxication*»), l'agente – qualora non vi siano speciali ragioni in senso opposto – è ritenuto imputabile e pertanto può essere condannato, con la conseguenza che trovano applicazione le pene e non le misure di sicurezza (art. 20, § 3, CPN).

In ogni caso, si deve evidenziare come l'onere della prova circa la «capacità penale» dell'agente sia a carico dell'accusa quantomeno nella fase delle indagini (non grava invece sulla difesa l'onere di provare la mancanza di imputabilità)¹⁶, ma la decisione finale spetta comunque al tribunale¹⁷. Infatti, se il pubblico ministero non ha provato l'imputabilità dell'imputato e se vi è il dubbio che lo stesso possa essere incapace (lo standard probatorio è infatti quello dell'oltre ogni ragionevole dubbio¹⁸), il tribunale generalmente nomina due periti psichiatrici, formulando loro un quesito predefinito (concordato tra il «*Prosecutor General*», «*the Court Administration*» e il «*Norwegian Board of Forensics Medicine*»). La risposta a quest'ultimo, in estrema sintesi, si sostanzia in una valutazione sull'esistenza o meno di una condizione di incapacità di intendere e di volere al momento del fatto. Tale valutazione, che deve prescindere da qualsiasi giudizio circa la commissione o meno del reato¹⁹, è la base su cui il tribunale fonda la propria decisione in merito alla (non) imputabilità dell'agente²⁰.

Generalmente i due periti nominati dal tribunale concordano sulla (in)capacità di intendere e di volere dell'imputato. Vi possono però essere casi in cui questi forniscono opinioni contrastanti, come nel caso Breivik, il terrorista norvegese fautore degli attentati del 22 luglio 2011 che hanno provocato la morte di 72 persone²¹. Pertanto,

¹⁶ L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity*, cit., pp. 30-31.

¹⁷ A. LØVLIE, *Criminal Insanity*, cit., p. 94.

¹⁸ *Ivi*, p. 95.

¹⁹ R. ROSENQVIST, *The Insanity Defence*, cit., p. 68.

²⁰ L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity*, cit., p. 31.

²¹ La *Oslo District Court*, TOSLO-2011-1888627-24 (RG-2012-1153), disponibile in inglese su lovdata.no/info/information_in_english, nel ritenere Breivik persona capace di intendere e di volere, ha ritenuto che «*the defendant has in a fanatical cynical manner maintained that the selection of victims misdeeds on 22 July 2011 was politically motivated. It is difficult for the Court to see that his conceptions of murders and terrorist acts to attain a future political goal – regardless how incomprehensible and reproachable they may be – can be «completely impossible», which is how this diagnostic criterion is normally applied according to information at hand. [...] The activities described above show that the defendant had stamina, impulse control and good cognitive functions related to the tasks he assigned himself. The Court finds the defendant's ability to plan and implement in these various areas hard to reconcile with untreated paranoid schizophrenia with a gradual deterioration from 2006*».

in situazioni così eccezionali, o nei rari casi in cui il tribunale decide di discostarsi dal ragionamento peritale (perché lo ritiene non condivisibile o perché vi è una situazione di incertezza anche da un punto di vista medico-psichiatrico), lo stesso deve fornire una motivazione rafforzata, che valuti indipendentemente e criticamente le risultanze delle conclusioni peritali²².

Nel sistema norvegese le persone maggiorenni non imputabili devono essere assolte, ma possono essere sottoposte per ordine del giudice procedente a ricovero presso strutture psichiatriche (*committal to psychiatric care* – art. 62 CPN) o presso strutture tradizionali (*committal to care* – art. 63 CPN) che fanno parte del circuito del servizio sanitario nazionale e non di quello penitenziario²³. In particolare, in prima istanza è una *National Mental Health Unit* a farsi carico dell'internato; in un secondo momento, il progredire del programma trattamentale conduce a un trasferimento del paziente in un *local health service*, ma la responsabilità dello stesso rimane comunque in capo alla *national unit*²⁴. In ogni caso, è bene precisare che entrambi i *committals* devono intendersi non come pene vere e proprie, bensì come «altre sanzioni penali» (*other criminal sanctions* – art. 30 CPN)²⁵ – che riecheggiano in qualche modo le misure di sicurezza del sistema italiano – e sono adottabili come *extrema ratio* e nei limiti dello stretto indispensabile²⁶.

Il ricovero presso una struttura psichiatrica può essere disposto quando sussiste un pericolo o per l'incolumità fisica di terze persone o per la sicurezza pubblica.

Più nello specifico, per quanto riguarda la prima delle due menzionate situazioni, l'art. 62, § 1, CPN prevede che una persona non imputabile possa essere sottoposta alla misura di sicurezza del ricovero presso una struttura psichiatrica quando ricorrono le seguenti tre condizioni: 1) il prevenuto ha commesso, anche nella forma

²² L. GRÖNING, U.K. HAUKVIK e K.H. MELLE, *Criminal Insanity*, cit., p. 38.

²³ E. SØNDENAA *et al.*, *Criminal Responsibility*, cit., p. 99.

²⁴ *Ivi*, p. 103.

²⁵ Sul punto v. Ø. HOLST, *Court-Ordered*, cit., p. 137: «*court-ordered compulsory psychiatric care is not regarded as punishment, but as a special penal sanction with a specific purpose: to protect society against criminality*».

²⁶ Così M. MINDESTRØMMEN, *Impending Danger: The Meaning of Danger as a Legal Requirement for Involuntary Psychiatric Treatment in the Norwegian Criminal Justice System*, in *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, Volume 7, Issue 1, 2019, p. 114, che richiama GRÖNING *et al.*, *Frihet, forbrytelse og straff - En systematisk fremstilling av norsk strafferett* (Fagbokforlaget 2016) pp. 652-653, and JACOBSEN, *Dom på overføring til tvungen psykisk helsevern - Straffeloven § 39* (Fagbokforlaget, Bergen, 2004) pp. 50-51.

tentata, un reato contro la persona (omicidio, lesioni, sequestro di persona ecc.); 2) la misura è necessaria per proteggere la società; 3) vi è il concreto rischio che lo stesso autore del reato, benché non imputabile, possa commettere un reato della stessa indole.

Con riferimento, invece, alla protezione della collettività in generale, l'art. 62, § 2, CPN disegna il ricovero in struttura psichiatrica come misura residuale (quando «*other measures have proven clearly unsuitable*»), che può essere disposta qualora 1) l'autore del reato abbia commesso numerosi reati che sono pericolosi per la società («*harmful to society*») o di particolare disvalore sociale («*particularly bothersome*»), 2) la misura sia necessaria per proteggere la società contro quel tipo di reato e 3) il rischio di commissione dello stesso tipo di reati sia particolarmente elevato.

Si può quindi notare come i presupposti applicativi, in entrambi i casi, siano molto simili tra loro, differenziandosi prevalentemente sulla base del tipo di reato commesso: reati contro la persona nel primo caso, reati di particolare disvalore sociale o pericolosi per la collettività nel secondo. Infatti, oltre alle diverse fattispecie appena richiamate, il ricovero presso una struttura psichiatrica può essere disposto, tanto ai sensi § 1 quanto del § 2 dell'art. 62 CPN, se le stesse sono necessarie per proteggere la società e se vi è il rischio di reiterazione del reato da parte dell'incapace.

La durata di queste misure, al pari di quanto accadeva per le misure di sicurezza nel nostro sistema prima della riforma del 2014²⁷, è connotata da una tendenziale indeterminatezza con revisione periodica della pericolosità sociale, effettuata su richiesta di soggetti specifici o dell'autorità procedente (art. 65 CPN). Invero, pericolosità sociale e misura di sicurezza viaggiano su binari strettamente connessi: al venire meno della prima, la seconda non ha ragione di essere mantenuta.

Più nello specifico, mentre l'autorità procedente può decidere in ogni momento di ordinare la revoca della misura, gli altri soggetti interessati (internato, prossimi congiunti o esperti responsabili del trattamento) sono vincolati da più rigide scansioni temporali.

²⁷ Con l'art. 1, comma 1 *quater*, d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni dalla l. 30 maggio 2014, n. 81, si è infatti disposto che che «le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo».

In particolare, la prima richiesta di revisione della pericolosità sociale può avvenire solo trascorso un anno dal provvedimento applicativo della misura (sei mesi nei casi previsti dall'art. 62, § 2, CPN): il richiedente formalizzerà un'istanza all'autorità procedente, la quale è tenuta a istruirla avanti la corte distrettuale, che deve decidere rapidamente («*the hearing of the case shall be expedited*»)²⁸. Le successive istanze potranno essere presentate dopo almeno un anno (sei mesi nei casi previsti dall'art. 62, § 2, CPN) dall'ultimo giudizio in ordine alla pericolosità sociale.

In ogni caso, l'autorità procedente, trascorsi tre anni dall'ultimo provvedimento che dispone o conferma la misura, è obbligata, alternativamente, a far cessare l'esecuzione della stessa o a richiedere una revisione della pericolosità sociale dell'internato. Nel caso di ricovero disposto per i reati di «particolare allarme sociale» di cui all'art. 62, § 2, CPN, la durata massima è di soli tre anni, a seguito dei quali il soggetto attinto dalla misura deve essere posto in libertà.

Per quanto riguarda le modalità di esecuzione, l'art. 64 CPN richiama diverse disposizioni del *Mental Health Care Act*, normativa organica che disciplina il trattamento di persone affette da disturbi mentali per mezzo di servizi di cura altamente specializzati.

Il trattamento all'interno delle strutture psichiatriche è improntato su un percorso individuale di crescita personale²⁹ e sul rispetto dei diritti della persona internata: ogni eventuale misura restrittiva o coercitiva od ogni trattamento sanitario obbligatorio devono essere adottati nei limiti dello stretto indispensabile.

L'art. 4-1 MHCA stabilisce infatti che l'istituto, di concerto con gli operatori del settore, debba predisporre piani individuali di trattamento per le persone internate.

Come anticipato, ulteriori restrizioni o imposizioni di trattamenti sanitari devono essere adottati esclusivamente se assolutamente necessari e se gli svantaggi di tali misure sono inferiori ai benefici che possono apportare (art. 4-2 MHCA). Infatti, ogni paziente deve

²⁸ Nella pratica, però, non è raro il caso in cui siano dei periti a svolgere le valutazioni sulla pericolosità dell'internato al posto della corte distrettuale. Così M. MINDESTRØMMEN, *Impending Danger*, cit., p. 113.

²⁹ V. il *Mental Health Services in Norway. Prevention - Treatment - Care 1998-2008* del Norwegian Ministry of Health and Care Services, pp. 6-7, secondo cui «*it is of major importance that users' perspectives are taken into consideration in decision-making throughout the services. [...] The needs of users must guide the provision of services. This requires involvement and cooperation with users and their families [...] Services shall promote independence, improved living conditions, quality of life and participation in ordinary life*».

potersi determinare liberamente, nei limiti del possibile. A tal fine, è prevista una scala graduale di attività che variano da una basilare partecipazione alle scelte della vita personale sino all'opportunità di svolgere quotidianamente attività all'aperto³⁰.

La libera autodeterminazione dell'internato deve però essere bilanciata con la necessità dello svolgimento di cure o trattamenti indispensabili per il trattamento clinico dello stesso.

Infatti, se in linea generale il paziente non può essere sottoposto a trattamenti o cure senza il proprio consenso, questo principio trova specifiche deroghe in relazione alla somministrazione di medicinali e all'alimentazione forzata, qualora si rifiuti di mangiare e ciò sia assolutamente necessario. In ogni caso, prima di procedere ai citati trattamenti coattivi, è doveroso richiedere il consenso al paziente e, se del caso e vi è la concreta possibilità, tenere in debita considerazione cure alternative a cui l'internato vuole prestare il consenso (art. 4-4 MHCA).

In linea con l'idea di massima autodeterminazione del soggetto, il paziente ha il diritto di ricevere visite, usare il telefono e ricevere lettere e pacchi, a condizione che questi ultimi non contengano medicine, droghe od oggetti pericolosi o tali da consentire la fuga (art. 4-5 MHCA). Nel caso in cui vi sia il sospetto che degli oggetti vietati possano fare ingresso nell'istituto, il responsabile del servizio di salute mentale può far sottoporre ad ispezione le lettere o i plichi (art. 4-5 MHCA) e, in casi limite, anche la camera del paziente e il paziente stesso (art. 4-6 MHCA), con conseguente sequestro degli oggetti non autorizzati (art. 4-6 MHCA).

Vi possono poi essere delle situazioni in cui il paziente presenti condizioni mentali aggressive o tali da determinare un pericolo per la propria o altrui incolumità. In tali evenienze è previsto che il responsabile del servizio di salute mentale dell'istituto possa isolare (parzialmente o totalmente) lo stesso dagli altri, eventualmente seguendo un'apposita procedura amministrativa se l'isolamento ha una durata superiore a 12 o 24 ore (art. 4-3 MHCA).

Infine, qualora le citate misure non siano sufficienti, e sia assolutamente necessario per prevenire il rischio di lesioni per sé o per gli

³⁰ Nello specifico, l'art. 4-2, § 3, MHCA stabilisce che «*steps shall be taken to ensure that patients are allowed to:*

- a. take part in shaping the day-to-day life of the institution and other matters that affect the individual patient,*
- b. have the opportunity to cultivate their private interests and hobbies,*
- c. have access to the activities offered within the limits of the house rules,*
- d. have the opportunity to engage in daily outdoor activities».*

altri (ovvero danni significativi ad oggetti), possono essere applicate misure coercitive altamente invasive, quali ad esempio la contenzione e l'isolamento, previa apposita procedura amministrativa suscettibile di appello (art. 4-8 MHCA)³¹.

3. Finlandia

Nonostante l'esiguo numero di abitanti (circa 5,5 milioni nel 2020³²), la Finlandia presenta un elevato numero di crimini violenti e uno dei maggiori tassi di posti letto in ospedali psichiatrici per abitante dell'Europa Occidentale³³. Pertanto, il sistema delle misure di sicurezza è fondamentale ed è basato sul «*Criminal Code of Finland*»³⁴ («CPF»), sul «*Mental Health Act*»³⁵ («MHA») e sul «*Mental Health Decree*» («MHD»)³⁶.

La Finlandia non presenta un circuito differenziato tra internati non imputabili e pazienti affetti da malattia psichica e socialmente pericolosi: in entrambi i casi possono essere collocati presso un ospedale psichiatrico che dipende dal servizio sanitario nazionale³⁷ e che,

³¹ «*The following coercive means may be applied:*

a. mechanical coercive means which hamper the patient's freedom of movement, including belts and straps and clothing specially designed to prevent injury;

b. detention for a short period of time behind a locked or closed door without a staff member present;

c. single doses of medicines with a short-term effect for the purpose of calming or anaesthetizing the patient;

d. briefly holding the patient fast».

³² www.populationpyramid.net/it/finlandia/2020

³³ A. SEPPÄNEN *et al.*, *Forensic Psychiatric in Finland: an Overview of Past, Present and Future*, in *International Journal of Mental Health Systems*, 2020, p. 1.

³⁴ *Act 19 December 1889/39.*

³⁵ *Act 14 December 1990/1116.*

³⁶ *Decree 21 December 1990/2147.*

³⁷ E. REPO-TIIHONEN, *Opinions about Treatment Modalities among Patients Involuntarily committed to a Forensic Psychiatric Hospital in Finland*, in *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 38 (3), 2004, pp. 83-84. Più nel dettaglio «*administratively, the Ministry of Social Affairs and Health is responsible for the general planning, direction and supervision of mental health care while the Regional State Administrative Agencies, guided by the National Supervisory Authority for Welfare and Health («Valvira»), are in charge of the operational planning, direction and supervision of mental health care within the regions. The practical organisation of health care services (including mental health) is carried out by the municipalities»* (Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 7 September to 18 September 2020 - CPT/inf(2021)7, p. 40).

nel caso di internati, deve possedere strutture e livelli di specializzazione dedicati qualora i soggetti siano socialmente pericolosi. Sul punto è doveroso precisare che, come si evince dalla Sezione 6 MHA, gli ospedali psichiatrici (pur, come visto, appartenendo al circuito del sistema sanitario nazionale) sono entità diverse rispetto agli ospedali comuni, essendo destinati appositamente al trattamento delle malattie o dei disturbi mentali e alla cura tanto di pazienti «tradizionali» quanto di pazienti non imputabili internati coattivamente.

L'unico riferimento nel codice penale finlandese all'imputabilità e, conseguentemente, alle misure di sicurezza è il Capitolo III, Sezione 4, § 1, CPF. La citata Sezione 4 prevede che non sono imputabili coloro che, al momento del fatto, non hanno compiuti i quindici anni di età ovvero che presentano una malattia mentale («*mental illness*»), una grave deficienza mentale («*severe mental deficiency*»), un serio disturbo mentale («*serious mental disturbance*») o un serio disturbo della consapevolezza («*serious disturbance of consciousness*»), a condizione che, in questi ultimi casi, il disturbo o la malattia abbiano determinato un'incapacità di intendere e di volere del soggetto agente. Se, invece, la capacità di intendere e di volere è fortemente scemata, tale circostanza deve essere tenuta in considerazione ai fini della dosimetria della pena. Si può dunque notare un parallelismo rispetto al codice penale italiano, che agli artt. 88 e 89 c.p. disciplina rispettivamente il vizio totale e parziale di mente: nel primo caso è prevista la non imputabilità del soggetto, nel secondo una circostanza attenuante ad effetto comune. Sempre in modo analogo a quanto avviene in Italia in caso di ubriachezza preordinata (art. 92 c.p.), se l'incapacità di intendere e di volere è dovuta a uno stato di intossicazione o di disturbo mentale auto indotti, l'agente – se non vi sono speciali ragioni in senso opposto – sarà imputabile e pertanto si farà ricorso a pene e non a misure di sicurezza (Capitolo III, Sezione 4, § 4, CPF).

Qualora l'agente sia non imputabile a causa di problemi mentali all'esito del giudizio indipendentemente dal titolo di reato³⁸ (non quindi nei confronti degli infra-quindicenni), il paragrafo 5 prevede che il giudice

³⁸ H. PUTKONEN e B. VOLLM, *Compulsory Psychiatric Detention and Treatment in Finland*, in *Psychiatric Bulletin*, 31, 2007, p. 102. La Sezione 17, § 37, del *Code of Judicial Procedure* precisa i requisiti necessari per sottoporre un imputato a una perizia psichiatrica: «1. *The accused is shown to have committed a crime that is punishable as a criminal offence (11 Sect. 5a §) and.*

2. *A forensic mental evaluation can be justified, and.*

3. *The accused is willing to be examined, or he is held prisoner, or he is accused of a crime that is punishable by a prison sentence of more than one year (homicide, a felonious assault etc.)».*

«rinunci» a pronunciare una sentenza di condanna («*the court waives punishment*») e che chieda al *National Institute for Health and Welfare* di verificare se vi è la necessità di sottoporre il soggetto a trattamento psichiatrico, così come disposto dal Capitolo 4, Sezione 21 del MHA. Nelle more della decisione del *National Institute for Health and Welfare*, il giudice può comunque ordinare che il «potenziale internato» venga condotto e recluso in un istituto penitenziario (Sezione 21, CPF).

La decisione del *National Institute for Health and Welfare*, che può richiedere che il soggetto sia esaminato in ospedale per un massimo di 30 giorni e che deve intervenire entro due mesi (prorogabili eventualmente di altri due)³⁹, si basa principalmente sulla raccolta di informazioni sul soggetto da varie fonti vicine allo stesso, su test psicologici standardizzati, su esami fisici, su test di laboratorio, sull'osservazione del comportamento e su ripetuti colloqui con uno psichiatra forense e con un *team* multidisciplinare di specialisti⁴⁰ (composto, tra gli altri, da psicologi, operatori del servizio sociale, infermiere psichiatriche e altri esperti all'uopo designati)⁴¹. In particolare, tale decisione deve porre in evidenza 1) le diagnosi rilevanti, prime fra tutte quelle psichiatriche e neurologiche; 2) il livello di consapevolezza rispetto al crimine di cui il soggetto è accusato; 3) la capacità di poter sostenere un processo; 4) l'esistenza dei presupposti per il ricovero presso un ospedale psichiatrico richiesti dal MHA⁴². In caso di risposta negativa in relazione a quest'ultimo aspetto, se la persona è detenuta o posta sotto osservazione in ospedale, deve essere immediatamente liberata se lo richiede. Al contrario, se viene ravvisata la necessità di cure psichiatriche, il soggetto è internato – anche contro la sua volontà – presso un ospedale psichiatrico nazionale che possiede strutture e livelli di specializzazione idonei allo scopo (su tutti si segnalano il *Vanha Vaasa Hospital* di Vaasa, il *Niuvanniemi Hospital* di Kuopio⁴³ e, dal 2015, il reparto di *Enhanced Rehabilitation and Forensic Psychiatry* dell'*Helsinki University Hospital*⁴⁴).

La durata delle misure di sicurezza, al pari di quanto accadeva nel nostro sistema prima della riforma del 2014, in via generale, è con-

³⁹ Tutta la documentazione relativa all'accusato deve essere trasmessa tanto al medico incaricato quanto al direttore dell'istituto penitenziario in cui è detenuto l'accusato o alla residenza dello stesso se è a piede libero (Sezione 3 MHD).

⁴⁰ H. PUTKONEN e B. VOLLM, *Compulsory Psychiatry*, cit., p. 102.

⁴¹ A. SEPPÄNEN *et al.*, *Forensic Psychiatry*, cit., p. 3.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ H. PUTKONEN e B. VOLLM, *Compulsory Psychiatry*, cit., p. 103.

⁴⁴ A. SEPPÄNEN *et al.*, *Forensic Psychiatry*, cit., p. 2.

notata da una tendenziale indeterminatezza con revisione periodica della pericolosità sociale da effettuarsi ogni sei mesi. Più nello specifico, la Sezione 17 MHA stabilisce che, prima dello scadere di ogni semestre, si deve valutare se le condizioni che hanno condotto all'internamento permangono. In caso di risposta positiva, il medico redige una relazione scritta che deve essere portata a conoscenza dell'internato e sottoposta all'approvazione di un giudice («*Administrative Court*»). Al contrario, nel caso in cui non vi siano i presupposti per mantenere la misura di sicurezza, il medico porta a conoscenza della decisione l'internato e il *National Institute for Health and Welfare*, che può confermarla o ordinare la prosecuzione del trattamento. Quest'ultima procedura deve essere seguita anche qualora, nel corso del trattamento – quindi prima dello scadere dei sei mesi – venga meno la necessità di prosecuzione dello stesso.

Il sistema di revisione semestrale della necessità di mantenere la misura di sicurezza è stato censurato dalla Corte EDU nella parte in cui non prevede che l'internato possa fare richiesta di revisione della permanenza delle condizioni che hanno condotto all'internamento (*X. c. Finlandia*⁴⁵). La normativa finlandese si pone, secondo la Corte EDU, in contrasto con l'art. 5, § 1, lett. e)⁴⁶ CEDU che tutela la libertà personale, in quanto la revisione semestrale è di competenza della sola autorità (il direttore dell'istituto) e «*a patient who is detained in a mental hospital does not appear to have any opportunity to initiate any proceedings in which the issue of whether the conditions for his or her confinement for involuntary treatment are still met could be examined*»⁴⁷. La stessa sentenza evidenzia altresì che il sistema di rivalutazione effettuato da due medici dello stesso ospedale comporta un ulteriore motivo di lesione dell'art. 5 CEDU, in quanto l'internato non gode dell'opportunità di beneficiare di una «*second, independent psychiatric opinion*»⁴⁸. La procedura prevista dalla disciplina nazio-

⁴⁵ C.EDU, Sez. IV, 03 luglio 2012, *X c. Finlandia*, ric. n. 34806/04.

⁴⁶ L'art. 5, § 1, lett. e) CEDU dispone che «ogni persona ha diritto alla libertà e alla sicurezza. Nessuno può essere privato della libertà, se non nei casi seguenti e nei modi previsti dalla legge: [...] (e) se si tratta della detenzione regolare di una persona suscettibile di propagare una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo».

⁴⁷ C.EDU, Sez. IV, 03 luglio 2012, *X c. Finlandia*, ric. n. 34806/04, § 170.

⁴⁸ C.EDU, Sez. IV, 03 luglio 2012, *X c. Finlandia*, ric. n. 34806/04, § 169. Nonostante in seguito alla pronuncia citata alcuni ospedali psichiatrici coinvolgono uno psichiatra esterno per garantire l'indipendenza, il CPT, nel 2021, ha comunque raccomandato che «*the Mental Health Act be further amended so as to provide, in the context of the review of involuntary hospitalisation of civil and forensic patients, for*

nale non consente dunque un'adeguata tutela contro l'eventuale arbitrarietà delle misure, come rilevato nel caso di specie.

In ogni caso, al termine dell'internamento (che generalmente nella prassi dura in media dieci anni⁴⁹), al paziente può essere prescritta una terapia farmacologica per un periodo massimo sei mesi ed è seguito da un'unità psichiatrica specializzata di un «*local hospital district*» (Sezione 18a MHA e Sezione 6 MHD).

Per quanto riguarda più da vicino il trattamento all'interno delle strutture psichiatriche, la Sezione 22a MHA consacra il principio di massima autodeterminazione dell'internato e di tutela della sua dignità. A tal fine, le misure intramurarie che limitano la libertà personale (si pensi alla sedazione, alle misure di contenimento ecc.) devono essere adottate come *extrema ratio*.

Per ogni internato deve altresì essere predisposto un piano di trattamento individualizzato, che deve tenere in considerazione la sicurezza dell'internato stesso e degli altri pazienti (Sezione 22b MHA). In ogni caso, la chirurgia cerebrale o altri trattamenti che possono incidere irrimediabilmente sulla salute e sull'integrità fisica dell'internato possono essere disposti solo se vi è il consenso o se sono necessari per evitare un pericolo per la vita dell'internato.

Come anticipato, restrizioni alla libertà di movimento o ulteriori restrizioni o imposizioni di trattamenti sanitari possono essere adottati solo se assolutamente necessari. In particolar modo, le limitazioni alla libertà di movimento (ordinate dal medico competente) possono consistere in divieti di allontanamento dall'ospedale o da una particolare unità dello stesso e, se considerate giustificabili, possono essere adottate misure coercitive idonee a prevenirlo. In ogni caso, per disporre le misure coercitive devono essere tenuti in considerazione una serie di fattori, quali le ragioni dell'internamento, il pericolo che può essere causato a sé o alla società in conseguenza di un allontanamento, le risorse a disposizione e ogni altra circostanza ritenuta utile ai fini della decisione (Sezione 22d MHA).

Vi sono poi «restrizioni speciali» («*special limitations*») previste dalla Sezione 22e MHA che consistono nell'isolamento dell'internato: quest'ultimo può essere disposto a condizioni tassative che, in linea generale, si rinvergono in ipotesi tassative che si riferiscono a situazioni di pericolo per sé o per gli altri, ovvero per ragioni terapeutiche⁵⁰.

the obligatory involvement of a psychiatric expert who is independent of the hospital in which the patient is placed» (CPT/inf(2021)7, cit., p. 51).

⁴⁹ A. SEPPÄNEN *et al.*, *Forensic Psychiatric*, cit., p. 5.

⁵⁰ «*A patient may be isolated from other patients against his or her will if:*

Modalità particolarmente invasive di isolamento, come l'assicurazione tramite cinture al letto («*tie down by belts*»), possono essere utilizzate solo se ogni altra misura non è sufficiente. In ogni caso, le restrizioni speciali possono essere adottate esclusivamente previa decisione del medico, fatta salva la possibilità per gli operatori sanitari, in casi urgenti e in modo provvisorio sino alla decisione finale del medico, di agire in tal senso.

Qualora il paziente sia posto in stato di isolamento, al fine di garantire la sua incolumità e i suoi diritti, la Sezione 22f MHA prevede che venga nominata un'infermiera o un infermiere responsabile che deve garantire che il ristretto riceva adeguate cure e che sia posto nelle condizioni di interloquire con gli operatori sanitari. Inoltre, il ristretto deve essere monitorato continuamente, anche in questo caso al fine di garantirgli adeguate cure sanitarie, e il suo tutore deve essere avvisato dell'inizio dell'isolamento e della costrizione (laddove la rispettiva durata superi le 12 o le 8 ore), allo scopo di consentire a quest'ultimo l'esperimento di eventuali rimedi impugnatori.

Infine, in linea con l'esigenza di rispetto della massima autodeterminazione del soggetto, il paziente ha il diritto di ricevere visite, usare il telefono e ricevere lettere e pacchi, a condizione che questi ultimi non contengano medicine, stupefacenti od oggetti pericolosi o tali da consentire la fuga. Nel caso in cui vi sia il sospetto che oggetti vietati possano fare ingresso nell'istituto, il responsabile del servizio di salute mentale può far sottoporre ad ispezione le lettere o i plichi (Sezione 22j MHA) e, in casi limite, anche la camera del paziente e il paziente stesso (Sezione 22i MHA), sequestrando gli oggetti non autorizzati eventualmente rinvenuti (Sezione 22g MHA).

4. Svezia

Il sistema svedese delle misure di sicurezza è governato dallo «*Swedish Criminal Code*»⁵¹ («CPS») e dal «*Forensic Psychiatric Care Act*» («FPCA») ⁵².

1) *the patient would, on account of his or her behaviour or threats, probably harm him/herself or others;*

2) *the patient by his or her behaviour seriously hampers the treatment of other patients or seriously jeopardises his or her own safety or would probably cause significant damage to property, or*

3) *it is necessary to isolate the patient for other, especially weighty therapeutic reasons».*

⁵¹ Act. N. 1962:700.

⁵² *Forensics Psychiatric Care Act* (1991:1129).

In via generale, si osserva che in Svezia la categoria delle persone non imputabili (ad eccezione degli infra-quindicenni) è stata abolita dal codice penale nel 1965 e che gli autori di reato che presentano malattie o seri disturbi mentali possono essere sottoposti a diverse sanzioni, la più diffusa delle quali è il ricovero in un istituto psichiatrico gestito dal servizio sanitario nazionale⁵³. A differenza del nostro sistema italiano, tuttavia, il non imputabile è ritenuto penalmente responsabile e la condanna viene iscritta nel casellario giudiziale (condanna che peraltro può fondare anche una responsabilità civile per le restituzioni e il risarcimento del danno). In dottrina tale scelta è stata giustificata con un collegamento ai due moderni principi su cui si basa il sistema svedese: «*first, an attempted abolishment of moral responsibility, omitting concepts such as guilt, accountability, atonement, and retribution, and, second, the integration of psychiatric care into the societal reaction and control systems*»⁵⁴.

Coerentemente con tale impostazione, nel codice penale le disposizioni per chi soffre di seri disturbi mentali («*serious mental disturbance*» o «*severe mental disorder*»⁵⁵) sono molto scarse e si possono suddividere in due categorie: la prima riguarda coloro che hanno commesso un reato e che presentano un serio disturbo mentale; la seconda concerne chi ha commesso un reato a causa di un disturbo mentale. Più nello specifico, con riferimento alla prima delle due categorie citate, se la pena pecuniaria non è ritenuta sufficiente, congiuntamente a misure custodiali o coercitive è possibile che, avuto riguardo allo stato mentale e alle condizioni personali, l'agente sia ricoverato presso un «ospedale psichiatrico» («*medical institution for psychiatric care*» - Capitolo XXXI, Sezione 3, § 1, CPS). Qualora, invece, il reato sia stato commesso proprio a causa della malattia mentale, è previsto che il giudice possa pronunciare una speciale sentenza di proscioglimento con l'imposizione di cure – secondo quanto previsto dal *Forensics Psychiatric Care Act* – se c'è un rischio di recidiva in attività criminali, a cui possono aggiungersi altre sanzioni diverse dalla detenzione in carcere o da uno

⁵³ U. MALM, L. JACOBSSON e N.O. LARSSON, *Psychiatric in Sweden*, in *International Journal of Mental Health*, 31, n. 4, winter 2002-2003, pp. 50-65.

⁵⁴ C. SVENNERLIND et al., *Mentally disordered criminal offenders in the Swedish Criminal System*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010, pp. 220-226.

⁵⁵ T. WALLSTEN, *Compulsory Psychiatric Care: Perspectives from the Swedish Coercion Study*, in *Acta Universitatis Upsaliensis Uppsala*, 2008, pp. 11-12

«*special care order*» previsto dall'*Act. 1991:1138* (Capitolo XXXI, Sezione 3, § 2-3, CPS)⁵⁶.

Si può dunque notare, come evidenziato anche dalla dottrina, che il riferimento a un disturbo mentale è nozione molto ampia che può comprendere tanto componenti biologico-mediche quanto psicologico-sociali⁵⁷.

In Svezia, dunque, la mancanza di una categoria di soggetti non imputabili fa sì che non si possa rinvenire una differenziazione tra circuiti per questi soggetti e per pazienti affetti da malattia psichica e socialmente pericolosi: tutti sono affidati a un ospedale psichiatrico che dipende dal servizio sanitario nazionale. Tale uniformità di trattamento, unitamente all'abolizione della categoria dei non imputabili, denota formalmente un'assenza di un doppio binario sanzionatorio, che però sussiste *de facto* in sede esecutiva: il giudice, infatti, proscioglie l'imputato (formalmente imputabile ma con disturbi mentali) e ordina il ricovero in una struttura psichiatrica.

La distinzione sopra citata tra coloro che hanno commesso un reato presentando un disturbo mentale e coloro che lo hanno commesso a causa del disturbo mentale riverbera i propri effetti sia sul regime di assistenza psichiatrica (*intra* o *extra moenia*) sia, soprattutto, sulla durata della misura di sicurezza. Invero, nel primo caso l'assistenza psichiatrica è a «durata fissa» e cessa, in linea di massima, con il venir meno del titolo esecutivo che ne è alla base (Sezione 15 FPCA). Al contrario, per il soggetto che ha commesso un reato a causa del disturbo mentale, la restrizione all'interno dell'ospedale psichiatrico è tendenzialmente a tempo indeterminato e il paziente è sottoposto a una revisione della pericolosità sociale periodica (quattro mesi la prima volta, sei mesi quelle successive) per accertare che se vi sia o meno un rischio di recidivanza (Sezione 16 FPCA).

Per quanto riguarda più nello specifico il trattamento all'interno degli istituti psichiatrici, la Sezione 2a del FPCA traccia i principi di proporzionalità e necessità del trattamento, nonché, per quanto possibile, di massima autodeterminazione del soggetto internato. In-

⁵⁶ E. JOHANSON, *The Development of New Psychiatric Legislation in Sweden*, in *Medicine and Law*, 12, n. 1, 1993, pp. 165-170.

⁵⁷ T. WALLSTEN, *Compulsory Psychiatric Care: Perspectives from the Swedish Coercion Study*, in *Acta Universitatis Upsaliensis Uppsala*, 2008, pp. 11-12: «*the new concept was designed to signal a shift from a biological and medical understanding of the patient's problems, towards a more »dynamic« theory, which also incorporated psychological and social components. It was also emphasised that the patients should have as much say as possible in treatment issues, even under compulsory care*».

fatti, le misure coercitive *intra moenia* devono essere utilizzate quali *extrema ratio*, solo se ragionevolmente proporzionate allo scopo da perseguire e tenendo in considerazione la volontà e l'integrità fisica del paziente. A tale ultimo fine è opportuno precisare che la richiesta di consenso al trattamento del paziente è un requisito fondamentale: solo nel caso in cui l'internato lo rifiuti (o sia materialmente impossibile ottenerne il consenso) è possibile procedere a un trattamento coercitivo.

Infine, è degno di nota che la Svezia ha istituito lo *Swedish National Forensic Psychiatric Register* («SNFPR») che ha lo scopo di fornire dati riguardanti gli indicatori di qualità delle cure psichiatriche forensi e di garantirne un continuo miglioramento. Tali dati hanno condotto a uno studio del 2013⁵⁸ che ha posto in evidenza come in Svezia vi sia un numero di ricoveri che si aggira attorno alle 300-400 unità e che l'85% degli internati è di sesso maschile⁵⁹. Inoltre, è stato evidenziato che la maggiore parte dei crimini che sono alla base di un ricovero psichiatrico riguardano reati contro la vita e l'incolumità fisica, seguiti da quelli contro la libertà e altri «*general dangerous crimes (e.g. arson, threat, violence against staff)*» (questi ultimi due fattori sono invertiti per gli individui di sesso femminile)⁶⁰. Per quanto riguarda, invece, i trattamenti terapeutici, i farmaci maggiormente utilizzati consistono in antipsicotici di seconda generazione, seguiti da antipsicotici di prima generazione e da farmaci contro effetti collaterali per gli uomini e antidepressivi per le donne⁶¹. Più recentemente, infine, si è assistito a un maggior utilizzo degli antipsicotici di seconda generazione (o atipici)⁶² e a un lieve aumento dei trattamenti *extramoenia* rispetto a quelli ospedalieri⁶³.

⁵⁸ A. DEGL'INNOCENTI *et al.*, *First report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR)*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, 2013.

⁵⁹ *Ivi*, p. 6.

⁶⁰ *Ivi*, p. 4.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² Gli antipsicotici di seconda generazione, o atipici, sono indicati nel trattamento della schizofrenia, di episodi maniacali, agitazione, e aggressività. Rispetto ai tradizionali antipsicotici, sono più tollerabili perché presentano una maggiore efficacia sui sintomi negativi e minore incidenza di effetti secondari di tipo extrapiramidale. V. Sul punto P.B. JONES *et al.*, *Randomized trial of effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia - cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1)*, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006, 63, pp. 1079-1086.

⁶³ A. DEGL'INNOCENTI *et al.*, *A register-based comparison study of Swedish patients in forensic psychiatric care 2010 and 2018*, in *International Journal of Law and Psychiatry* (2021).

5. *Brevi considerazioni conclusive*

Alla luce della breve disamina delle disposizioni legislative norvegesi, finlandesi e svedesi, si può evidenziare come la disciplina penalistica sostanziale di tali Paesi sia molto variegata e converga solo in minima parte, mentre quella rivolta al trattamento condivide principi e linee guida comuni.

Per quanto riguarda le norme penalistiche sostanziali, l'unico punto di convergenza totale è la non imputabilità dei minori di anni quindici, a cui si aggiunge un punto di convergenza parziale relativo alla tendenziale indeterminatezza del ricovero in strutture psichiatriche, sottoposto comunque a revisione periodica.

Al contrario, per chi ha compiuto tale età, i sistemi divergono in larga parte per una pluralità di ragioni. In primo luogo, si evidenzia che la Svezia ha abolito la categoria dei non imputabili, mentre Norvegia e Finlandia sono sinottiche e continuano a prevederla. Da un altro punto di vista, invece, Norvegia e Svezia sono simili nell'adottare un criterio di verifica della patologia mentale di tipo non puramente medico, ma che tenga in considerazione anche discriminanti psicologico-sociali; la Finlandia, invece, continua a basarsi su un approccio tipicamente medico.

Anche la durata delle misure di sicurezza non è disciplinata allo stesso modo. In Norvegia e Finlandia si tratta di misure sono tendenzialmente indeterminate, con previsione di una rivalutazione della pericolosità sociale secondo tempistiche prefissate. In Svezia, invece, si distingue tra soggetti che hanno commesso il fatto e che presentano un disturbo mentale, per i quali la durata è fissa; e soggetti che hanno commesso il fatto a causa del disturbo mentale, per i quali la durata è indeterminata.

Con riferimento al trattamento delle persone che presentano disturbi mentali socialmente pericolose, i Paesi Scandinavi – pur con le loro differenze – hanno principi comuni condivisi. Il trattamento è infatti basato su un percorso individuale di crescita personale, sul rispetto dei diritti e dell'integrità psico-fisica della persona internata, su una visione di misure ulteriormente restrittive o coercitive *intra moenia* ovvero anche trattamenti sanitari obbligatori quali *extremae rationes*, nonché sui principi di proporzionalità e necessità⁶⁴.

Infine, è da evidenziare che in tutti e tre i Paesi le cure mentali de-

⁶⁴ Tali principi sono in linea con quanto disposto dal paragrafo 41 dell'VII Rapporto Generale del Comitato per la Prevenzione della Tortura (CPT/Inf (98) 12).

gli internati (o dei condannati socialmente pericolosi in Svezia) sono affidate al sistema sanitario nazionale e non al circuito penitenziario.

In conclusione, dunque, non si può parlare di un «sistema scandinavo unitario», bensì di una pluralità di sistemi che guardano sì l'un l'altro, ma che presentano tratti caratteristici specifici e diversi per ogni Paese. Il *fil rouge* che li lega, in ogni caso, è dato dalle modalità di trattamento degli internati e dal sistema a cui sono affidati (il sistema sanitario): un modello di governo delle misure di sicurezza nel quale le necessità della persona e il suo recupero sociale costituiscono il cardine degli interventi messi in campo dai diversi ordinamenti.