

Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura

The suicidal or offender psychiatric patient. Contents and limits in duties care

Pietro Pellegrini

Abstract

The Author, a psychiatrist, works in the Italian public welfare system regulated by non-coherent norms, a system of community and without custodial structures. Since the care warrant is fragile, improper requests may lead psychiatry to ineffectiveness, derelict drift or an impossible neocustodial task. We need a cultured, scientific psychiatry, that is aware of its limitations. Psychiatric evaluations based on neo-positivist models have been the basis of psychiatrists' convictions for suicide or homicides committed by patients. A renewed alliance with legal medicine and the world of justice must focus on the person in the community: this is the only way to develop an interinstitutional collaboration, as indicated by the Superior Council of Magistracy. The issue of the responsibility of the psychiatrist, must be rethought, recognizing the extreme difficulty of the task, the "therapeutic privilege" and forms of institutional responsibilities.

Key words: responsibility, treatment, guarantee position, care warrant, social hazard

Riassunto

L'Autore, psichiatra, opera nel sistema di welfare pubblico e senza strutture a carattere custodiale. Il mandato di cura è fragile e le richieste improprie possono portare la psichiatria verso l'inefficacia, derive abbandoniche o un impossibile compito neocustodiale. Serve una psichiatria colta, scientifica e consapevole dei suoi limiti. Perizie basate su modelli neopositivisti sono state alla base di condanne di psichiatri per suicidio o omicidi commessi da pazienti in cura. Una rinnovata alleanza con la medicina legale e con il mondo della giustizia deve porre al centro la persona nella comunità e così si può sviluppare la collaborazione interistituzionale come indicato dal Consiglio Superiore della Magistratura. Va ripensato il tema della responsabilità del medico psichiatra, riconoscendo l'estrema difficoltà del compito, il "privilegio terapeutico" e forme di responsabilità istituzionali.

Parole chiave: responsabilità, trattamento, posizione di garanzia, mandato di cura, pericolosità sociale

Per corrispondenza: Pellegrini Pietro Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma largo Palli 1B, 43127 Parma, 0521 396624 • email: ppellegrini@ausl.pr.it

Pietro PELLEGRINI, Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura

Introduzione

Lo specialista psichiatra può operare in diversi contesti – servizi nel territorio, in ospedale, nelle residenze, case di cura, REMS, carcere – e con diversi ruoli di dirigente, di perito e di consulente di parte. Ciascuno di questi richiederebbe un approfondimento specifico. In questo contributo, come Direttore del Dipartimento di salute mentale dipendenze patologiche dell'Ausl di Parma, un'istituzione del Servizio sanitario che opera nell'ambito del sistema di welfare pubblico universalistico italiano, vorrei delineare le condizioni per la cura delle persone con disturbi mentali tenendo conto della Costituzione, di un quadro di riferimento normativo non coerente e talora contraddittorio, di un contesto organizzativo e operativo incentrato sulla comunità sociale e senza alcuna istituzione o struttura a carattere custodiale.

In un contesto carico di contraddizioni, incertezza (Schiaffo, 2013), fragilità e persino confusione (Merzagora, 2015) occorre affrontare con chiarezza la questione della posizione di garanzia nella consapevolezza che sia necessario tutelare al massimo grado il mandato di cura il quale deve avere netta priorità rispetto a quello di controllo e a quello, non pertinente ai sanitari e inapplicabile, della custodia (Catanesi et al, 2012).

Verranno esaminate alcune sentenze della Corte di Cassazione ed evidenziato il ruolo delle Linee Guida e come una loro applicazione possa portare a conclusioni semplicistiche e non corrette.

Le buone pratiche possono portare a trovare soluzioni metodologiche, collaborazione-concertazione per altro indicate dal Consiglio Superiore della Magistratura (CSM, 2016), in grado di cogliere la complessità, di proporre soluzioni di cura più efficaci nell'ambito di una responsabilità plurima e di portare anche ad una diversa interpretazione della posizione di garanzia. È quindi necessario ripensare il tema della responsabilità del medico psichiatra in ambito pubblico (Catanesi, 2017) riconoscendo difficoltà complessità, il "privilegio terapeutico" e la finalità sociale del suo operato.

1. Contesto normativo e operativo

È stato più volte evidenziato (Pelissero, 2014) che il quadro di riferimento normativo italiano non è coerente (ad esempio le leggi 180/78 e 81/2014 rispetto a c.p. e c.p.p.) e tuttavia come cercherò di evidenziare vi sono elementi, specie nella Carta costituzionale (e in pronunciamenti della Corte costituzionale), che permettono una interpretazione coerente con il mandato di cura anche in riferimento al delicato tema della responsabilità dello psichiatra. Un tema che è aperto da tempo. Basaglia stesso ebbe ben tre processi e

fu sempre assolto con la solidarietà del ministro della sanità e dei principali intellettuali dell'epoca (Pivetta, 2012). Un'attenzione e una solidarietà che sono venute meno negli ultimi quindici anni quando invece, con una legislazione – la 180/1978, più avanzata della legge 36/1904 – psichiatri sono stati condannati per suicidi o reati commessi dai pazienti in cura (Catanesi, Manna e Ventriglio, 2016).

Un cambiamento di orientamento che fa riflettere circa il patto sociale e le aspettative nei confronti della psichiatria.

Il patto sociale è in crisi e le istanze securitarie si associano a persistenti ma meno evidenti stigmi e pregiudizi rispetto ai soggetti "diversi", tutti accomunati da pericolosità, aggressività, devianza, difficoltà relazionali e comportamentali accentuate dall'uso di alcol e sostanze. Un clima di sospetto e paura che invoca interventi e viene catturato da soluzioni semplificate e spesso irrealistiche fondate su più carcere e più repressione. Un clima che permea anche parte dei mass media alla ricerca di vittime e colpevoli. Una società dell'esclusione crescente e non dell'accoglienza-inclusione che è invece il mandato del sistema di welfare pubblico.

La magistratura nel complesso mostra sensibilità, attenzione ai diritti e alle garanzie e nei singoli casi è alla ricerca di chiavi interpretative che spesso vengono fornite dai periti psichiatri (Catanesi, Carabellese e Grattagliano, 2009).

Nel rapporto giustizia psichiatria è evidente la difficoltà a rappresentare la complessità dell'attuale sistema di salute mentale di /nella comunità che ha compiti molto ampi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali nell'intero arco di vita della persona e mira anche alla promozione della salute e del benessere; un sistema organizzato con una molteplicità di strutture con diversa intensità di cura, multiprofessionale (e sarebbe utile riflettere sul principio di affidamento) e numerosi gestori che svolge le sue attività in tutte le sedi della comunità: ospedale, residenze e tra queste le REMS, le comunità terapeutiche, istituti di pena, alloggi a vario grado di protezione, servizi territoriali-ambulatoriali (Centri di salute mentale) i quali assicurano interventi anche a domicilio.

Una rete di servizi di salute mentale di/nella comunità che ha totalmente segnato la fine dell'istituzione manicomiale e anche strutturalmente l'impossibilità di svolgere le funzioni custodiali. Infatti, i requisiti delle strutture sono quelle delle comuni abitazioni comprese le misure di sicurezza e che non sono esplicitate nemmeno per le REMS. In un contesto operativo così strutturato, che vede la cura nella comunità (competente), la lettura della qualità e intensità degli interventi terapeutico-riabilitativi di ogni singola struttura (spesso con nomi di fantasia, ispirati a fiori, piante, località ecc. e per quanto la normativa regionale e l'accreditamento abbiano cercato di classificarle), dall'esterno e talora da parte degli stessi tecnici appare assai difficile. Quindi non è tanto la sede che qualifica l'intervento (Moretti V. et al, 2017; Sgarbi C. et al, 2017) ma l'attività

professionale che non è mai del singolo ma grupppale e nella sua valutazione un ruolo essenziale è giocato dalle aspettative dei diversi attori, compresa la magistratura.

Aspettative che sono determinate da numerosi fattori e sono incentrate sul permanere di una cultura ed una relazione medico-paziente di tipo paternalistico (in questo senso è letta anche la posizione di garanzia) che in molte sedi è considerata superata in favore di relazioni di cura più paritarie e contrattuali. Al principio di beneficiabilità sostanzialmente ispirato dal medico, anche in psichiatria si è passati alla ricerca del consenso in ogni fase del trattamento (Maldarelli et al., 2017; Carabellese et al. 2017), compreso il TSO, dando luogo alla co-costruzione di percorsi di cura nei quali è costante la mediazione e la trattativa per includere il punto di vista (Paulillo, 2017) e ottenere la collaborazione del paziente.

La posizione della persona che soffre è sempre più rilevante anche in salute mentale, in termini di preferenze circa gli approcci di cura ma anche di protagonismo nella richiesta di trattamenti rispettosi della dignità e della libertà e di questo ne sono testimonianza la richiesta di servizi anche per acuti “a porte aperte”, senza contenzioni (Catanesi, Ferrannini e Peloso, 2006) fisiche o farmacologiche (pratiche che per altro verso possono avere anche significativi risvolti penali ed etici) e un pieno rispetto dei diritti.

Questa posizione emancipata e paritaria nella relazione medico-paziente (che significa anche dovere accettare scelte del paziente non condivise dal medico) non viene ancora sufficientemente colta e rimane prevalente la rappresentazione del paziente psichiatrico da tutelare, orientare, proteggere, “governare” da parte di uno psichiatra diligente, “buon padre di famiglia” che non solo provvede alla cura ma in un qualche modo sconfinava anche nel progetto di vita della persona che, in un qualche modo, volontariamente o obbligatoriamente, è “costretta” a sottostarvi in quanto, in modo esplicito o latente, è comunque sempre pericolosa, imprevedibile, irresponsabile in ragione della sua malattia. Una rappresentazione che al contempo idealizza il ruolo e le capacità dello psichiatra considerato dotato di preveggenza e di capacità di intervento di controllo quasi onnipotente compresa la custodia. Questo in netto contrasto con la realtà e con il contesto operativo che, pur ricco di soluzioni è quello delle comuni relazioni sociali o familiari, ha forti limiti, dei quali non si tiene conto tanto che in più di una perizia viene detto che sarebbe stato necessario un TSO: un provvedimento residuale ed eccezionale (da collocarsi secondo la legge 180 sempre nella relazione basata sulla ricerca consenso), letto ex post come salvifico.

Come avrò modo di dimostrare si tratta di posizioni non scientifiche e spesso ampiamente superate dalla prassi che fanno riferimento a culture medico-paziente pre riforma.

Ed è proprio la relazione medico paziente a risentire del variato patto sociale, delle aspettative ma anche come dicevo del superamento del modello paternalistico in favore di una libertà di scelta come ad esempio accade nelle dipendenze patologiche dove la relazione è solo di tipo contrattuale e motivazionale.

L'abbandono della posizione paternalistica conseguente all'evoluzione culturale e sociale e allo strumentario della psichiatria di comunità se vuole evitare una pratica conflittuale, fluttuante e della trattativa continua, richiede una nor-

mativa che in modo coerente affronti esplicitamente la questione della persona con disturbi mentali severi, del suo sostegno, delle garanzie e dei diritti per i quali l'amministratore di sostegno appare figura utile ma non sufficiente. Se da un lato devono essere migliorati gli strumenti (relazioni cliniche, disposizioni anticipate, patti per la crisi ecc.) vi è la necessità di accettare che vi sia una possibilità di libera scelta del paziente e al contempo occorre riconoscere che vi possono essere nuclei profondi resistenti e non attaccabili dalla terapia. Un limite della disciplina che spesso non viene evidenziato (Catanesi e Carabellese, 2011).

Questo diviene ancora più necessario nel momento in cui ai servizi di salute mentale pubblici viene chiesto l'universalismo (di occuparsi di tutti), a prescindere dalla condizione giuridica, sociale comprese le persone autrici di reato non solo nelle REMS ma anche nel territorio. Una mission che è altamente etica e umanitaria e al punto da vedere talora solo i servizi per la salute mentale farsi carico di situazioni come i migranti clandestini, i senza fissa dimora ed altri. Soggetti che è più facile lasciare al loro destino, abbandonarli alla loro disperazione, un atteggiamento certamente non etico e a lungo termine dannoso per il benessere e la salute di tutti noi.

Una psichiatria che deve occuparsi di soggetti che non esprimono nessun bisogno di cura, persone senza consapevolezza e va sottolineato che per curare questi pazienti così difficili e complessi occorre un investimento primario dell'operatore altrimenti si avrà l'inaccessibilità, l'incurabilità e l'abbandono che è certamente più facile e meno rischioso. L'assunzione della responsabilità sta nel cercare di mettersi in relazione con l'altro con pazienza, nella disponibilità, nella capacità di mediare e di entrare con delicatezza nel mondo interiore dell'altro. Questo significa anche accettare di prendere tempo, di correre insieme il rischio dell'incontro con l'altro e del cambiamento. Significa posporre e collocare nella trama relazionale anche interventi come un eventuale TSO. Non vi sono scorciatoie nella cura, specie dei casi molto complessi in contesti non inclusivi, quando non francamente espulsivi, di soggetti privi di diritti e opportunità (e qui non mi riferisco solo ai migranti, ma a tanti nostri giovani), di famiglie senza casa, con lo sfratto, persone senza lavoro o reddito con figli piccoli, talora con gravissime patologie, anziani non autosufficienti... la disperazione che ogni giorno arriva nei nostri servizi. Chi risponde di tutto questo abbandono? Non c'è l'art. 591 del c.p.? O dobbiamo considerare normale la società dell'esclusione? La povertà e l'abbandono delle diversità come dato strutturale delle società avanzate?

E di tutto questo che i servizi si occupano, un dolore personale e sociale così diffuso e del quale gli operatori cercano con una forte spinta etica e motivazionale prima ancora che tecnica, di farsi carico.

Dell'insieme di queste difficoltà va tenuto conto sempre, anche quando si giudica lo operato dello psichiatra altrimenti, passatemi il paragone, è come sparare sulla Croce rossa.

Il timore della legge non può permeare le prassi dei servizi ed occorre prevenire in ogni modo anche attraverso una corretta percezione dell'attività giudiziaria, che si arrivi all'evitamento- abbandono di chi soffre come esito della medicina difensiva.

Se il rapporto singolo/comunità espresso dal patto sociale secondo il dettato costituzionale è certamente a favore

del primo non sono poche le richieste di una comunità sociale talora insicura, arrabbiata, a sua volta disperata di essere tutelata dalle diversità e dalle devianze percepite. Una richiesta di controllo e di tutela dell'ordine pubblico in una società individualista dove il desiderio non è tanto la custodia quanto essere liberati dal disturbo (percepito o temuto) dell'altro.

Questo nell'ambito di una società nella quale un sistema di welfare pubblico universalistico che accoglie e si prende cura di tutti sostenendone i diritti viene minato alla base mentre al contrario si sviluppa un sistema di welfare a "domanda individuale" insieme alla cultura che lo sostiene. Questa prevede anche il ricorso alla legge e al conflitto che in ambito sanitario, vede il diritto penale in funzione di quello civile (logica risarcitoria) (Cendon, 2015).

Come se il patto sociale ancora in larga parte pubblico e solidale venisse sempre più pervaso da istanze individuali per altro all'interno di livelli essenziali di assistenza non ben definiti. In una società individualista non solidale, dove i diritti esigibili sono subordinati alla disponibilità economica, le alleanze con gli operatori del welfare possono divenire conflittuali, perverse e trovare nella rivendicazione uno strumento non diretto tanto allo stato o alle istituzioni ma al servizio o ancor meglio al singolo operatore. La stessa legge 24/2017 pur approvata con l'intento di ridurre la conflittualità, la medicina difensiva e di tutelare i professionisti prevede una dinamica interna tra questi e le aziende sanitarie/corte dei conti. Un rapporto che non può essere approfondito in questa sede ma certamente ha implicazioni sotto vari aspetti non ultimo quello dell'assunzione del rischio da parte dei professionisti.

Questa crescente conflittualità finisce con l'alimentare un atteggiamento difensivo e fa crescere ulteriormente una società non solidale. Una via attraverso la quale nella quotidianità rischia di consumarsi la crisi del welfare pubblico. Questo prevede un approccio dove il mandato cura della persona nella comunità migliora la propria salute e arricchisce il proprio benessere e al contempo quello sociale attraverso le diversità e in questo quadro si fa carico al meglio di tutti. Un mandato di cura sempre più attento alla persona adeguatamente informata, alle sue scelte, nel suo contesto.

Un contesto spesso non ideale, conflittuale, deprivato con le tante tipologie di famiglie in una società che per i cambiamenti socioeconomici, tecnologici, ambientali, fa sempre più fatica specie per i più giovani a definire norme, scenari di senso e destini comuni. La salute mentale si confronta quotidianamente con questa "società liquida", destrutturata nelle relazioni di base e deve lavorare nell'incertezza, nel conflitto e deve abitare le contraddizioni nelle quali essa stessa vive.

2. Posizione di garanzia

Come affrontare in questo scenario la questione della responsabilità dello psichiatra ed in particolare la posizione di garanzia secondo l'art. 40 c.p. 2° comma: "Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo".

La posizione di garanzia viene di solito declinata in una posizione di garanzia di protezione e di controllo (Cass.Pen. Sez. IV, 27.11.2008 n. 48292).

Dico subito che l'applicazione della posizione di garanzia è avvenuta grazie alle posizioni assunte da periti psichiatri e le sentenze di condanna, confermate anche dalla Corte di Cassazione, derivano da una visione poco realistica della disciplina come cercherò di evidenziare analizzando brevemente alcuni casi.

Ancora in premessa di questo paragrafo credo sia utile esplicitare la mia tesi e cioè che la posizione di garanzia vada collocata nell'ambito della relazione medico-paziente nel contesto operativo o istituzionale specifico. In questo ambito la posizione di garanzia di protezione del bene salute da parte dello psichiatra non è diversa da quella di ogni altro medico. La posizione di garanzia di controllo, declinata come vigilanza, va collocata all'interno del contesto operativo istituzionale e di un più generale patto sociale (per la cui definizione la concertazione interistituzionale è tanto più necessaria a fronte di persone autrici di reati con provvedimenti giudiziari, la responsabilità dei quali non può essere solo dello psichiatra) mentre è al di fuori della pratica psichiatrica, in quanto impossibile per motivi tecnici e organizzativi, la funzione della custodia.

Lo esplicito non tanto per limitare il profilo della responsabilità dello psichiatra quanto per preservare le condizioni della cura che altrimenti verrebbe soffocata, annullata da istanze di controllo e ancora di più di custodia. Una questione molto delicata per una disciplina che oltre alle conoscenze tecnico-scientifiche e agli aspetti normativi ed etici deve tenere conto del contesto sociale, culturale e nel cui esercizio vi è una quota rilevante ed ineliminabile di soggettività e incertezza.

Una disciplina che non può essere vista secondo un modello neopositivismo riduzionista, lineare nel quale i sintomi portano ad una diagnosi certa e questa ad una sicura terapia-riabilitazione. Un processo basato su un distorto utilizzo del Manuale Diagnostico Statistico (DSM 5) ha portato ad una grande espansione delle diagnosi fino ad includere condizioni fisiologiche, per ciascuna delle quali sarebbe disponibile un trattamento e idealmente una Linea Guida (LG). Si è così costituita una sorta di "pseudo psichiatria", semplice, lineare, non più fondata sulla psicopatologia che cerca di cogliere il senso intrapsichico e relazionale del sintomo e del vissuto, che implica una ricerca ed un cammino congiunto e quindi un procedere nella relazione, che necessita di tempo e pazienza. Un percorso complesso, non lineare ma travagliato e accidentato nel quale entrano e partecipano più servizi, diversi operatori, i familiari ciascuno con le proprie posizioni, talora disfunzionali, spesso radicate da tempo. Come è possibile che a fronte di tanta complessità si possa poi semplificare il tutto e giudicare lo psichiatra su come è stata condotta la riduzione della terapia farmacologica (Trib. Bologna, 27.1.06) rispetto ad una LG per altro internazionale e quindi mal adattabile al nostro contesto?

L'espansione diagnostica non ha portato solo a più categorie diagnostiche ma alla ridenominazione di molti disturbi (Depressione maggiore piuttosto che depressione endogena, disturbo bipolare invece che psicosi maniaca depressiva) il concetto di spettro (autistico basato sui disturbi della comunicazione e socializzazione) e di esordio psicotico (incentrato sui sintomi positivi) hanno portato a categorie diagnostiche molto ampie, con livelli di gravità e di funzionamento assai differenti per i quali è poi difficile de-

finire quale debba essere il trattamento più adeguato.

Per quanto sia utile l'apporto delle neuroscienze esse non sono per ora in grado di dare una spiegazione dei sintomi e dei disturbi mentali (Bertolino M 2015, Fornari U., 2012, Merzagora I 2012). Non solo vi è il rischio che un neo-organicismo riduttivo e non scientifico possa scambiare i correlati neurobiologici come fattori eziologici ed esplicativi delle funzioni mentali e dei comportamenti quando le stesse neuroscienze prevedono la continua reciproca interazione fra geni/epigenetica/ambiente tenendo conto della plasticità del SNC.

Quindi i limiti conoscitivi della disciplina sono molto ampi e lo stesso l'efficacia degli interventi terapeutici. Nonostante questo da un atteggiamento pessimista e quasi nichilista i docenti, i clinici, nei congressi ma anche nei mass media, hanno profuso speranza (il che è legittimo) ma anche un ottimismo acritico fino a toni da onnipotenza terapeutica: tutto si può diagnosticare, spiegare, prevenire e curare.

Questo unito alla semplificazione e linearità dei processi come si confronta con l'insuccesso, la prognosi infausta? Ma anche con la complessità del percorso di cura che frequentemente non è affatto lineare ma dinamico: le fasi classiche (accoglienza, valutazione, diagnosi e terapia riabilitazione) spesso sono sovrapposte (per cui la terapia comincia già nell'osservazione ecc.) e richiedono continue rivalutazioni, aggiustamenti tipici della vita reale.

Quindi il percorso è spesso connotato dall'incertezza e dal dubbio e dall'aporia: la strada non è tracciata in modo chiaro e visibile, va ricercata insieme e l'apporto della persona è essenziale.

In una situazione come quella descritta il ruolo delle aspettative, la valutazione rischi/benefici richiede molto equilibrio e chiari riferimenti scientifici. Questo anche al fine della rappresentazione, prevedibilità e prevedibilità dei rischi.

Il medico deve sentirsi tranquillo e libero nel suo convincimento e nelle sue decisioni che si basano su conoscenze tecnico-scientifiche e fondamenti etici. Una libertà di cura che si sostanzia nella relazione con la persona che soffre, nel mettersi al suo servizio ma che non può essere sottoposta a condizionamenti, pressioni e dipendenze esterne senza intaccare profondamente fino ad annullare l'essenza stessa della cura (Catanesi, 2017). Ciò non significa muoversi nella discrezionalità pura e arbitraria e autoreferenzialità ma porre le condizioni essenziali, al di fuori delle quali non sono possibili i percorsi di cura.

La cura si può svolgere solo nella libertà e con la partecipazione attiva della persona (compreso l'operatore) in equipe secondo principi di affidamento e collaborazione da esplicitarsi in psichiatria (in quanto è del tutto inadeguato il riferimento alla pratica chirurgica). Significa anche prendere atto dell'esistenza di situazioni molto problematiche e invischiata o a prognosi negativa o infausta.

Cure che sappiano cogliere la complessità e prevedano la centralità della persona nella comunità e un suo coinvolgimento (engagement) e un ruolo attivo: protagonismo di utenti, familiari e stakeholder con i quali concertare e condividere rischi/benefici. Nelle pratiche occorre definire i punti di partenza e possibili obiettivi di arrivo a breve, medio, lungo termine (Endpoint) e attraverso un accordo di gestione (Management agreement) e verifiche periodi-

che (check point) lungo l'iter che va documentato e sottoscritto.

Una psichiatria umana e gentile con servizi aperti e senza contenzioni che sostiene i diritti e indica come affrontare le disabilità e il potenziale svantaggio (handicap si diceva) derivante dal disturbo il quale può essere socialmente compensato. Tema questo tenuto presente per la disabilità fisica mentre assai negletto per quella psichica. Cura della persona¹ e non solo dei disturbi, nel loro contesto di vita e di relazione che riconosca l'importanza dei determinanti sociali della salute e la discussione anticipata delle responsabilità e dei compiti nonché dei principali possibili eventi negativi, rischi e cautele.

In questo quadro operativo consenso, responsabilità, libertà, consapevolezza non vanno considerati come categorie (tutto nulla) ma come dimensioni che si sviluppano e strutturano nella relazione e dove i livelli di conoscenza sono sempre parziali e la verità (a-letheia) è scoperta parziale, è ciò che non si nasconde, si svela lentamente nell'ambito della cura riconoscendo che per larga parte la vita mentale si svolge e rimane intima e inconscia. Quindi un prendersi cura della persona sapendo dei limiti etici e tecnici e che la vita è sempre e solo della persona.

Gli utenti "esperti" sempre più pongono condizioni per le cure, specie a lungo termine (ad es. con psicofarmaci), rivendicano libertà di scelta sui trattamenti, contrattualità, psicoterapia, riabilitazione, recovery fino a posizioni prossime all'antipsichiatria. È essenziale definire la posizione dei familiari (spesso carichi di sensi di colpa, frustrazioni) nella cura perché poi potranno essere decisivi in un possibile procedimento giudiziario contro il medico (nell'ambito di dinamiche proiettive). Infine sicurezza nelle cure degli operatori, i tanti aggrediti sul lavoro e per tutti, ricordo la psichiatra Paola Labriola uccisa nel 2013 mentre lavorava in un CSM della Puglia.

3. La lettura della Posizione di garanzia

Come si è detto la posizione di garanzia si sostanzia anche attraverso la costruzione del consenso (senza consenso ogni atto medico è illegittimo), dell'autodeterminazione. Una protezione del bene salute e di una vigilanza (come, con quali informazioni, da parte di chi, coordinamento) che deve tenere conto della libertà, della dignità della persona.

È quindi preoccupante leggere nella sentenza della Corte di Cassazione 28187 del 20 aprile 2017 quanto segue:

"Occorre ricordare che la giurisprudenza si è sovente occupata della posizione di garanzia del medico psichiatra e sul contenuto dei conseguenti obblighi di protezione e di controllo, rispetto alle condotte auto lesive o lesive del paziente verso terzi (ad es. Sez 4 n. 48292 del 27 novembre

1 E se il disturbo è anche un modo di essere e stare nel mondo, con ciò si può comprendere l'uso del termine schizofrenico (è schizofrenico). Le persone possono essere e funzionare e stare nel mondo in tanti modi diversi (normale, schizofrenico, borderline, ecc.) dimensioni tanto varie quanto le singole persone.

2008, Desana, RV 242390)”.

Questa si riferisce alla responsabilità del primario e dei medici del reparto di psichiatria di un ospedale pubblico per omicidio colposo in danno di un paziente che, ricoverato volontariamente “con divieto di uscita senza autorizzazione”, si era allontanato dal reparto dichiarando di volersi recare al piano superiore per prendere un caffè ed ivi giunto si suicidava per defenestrazione.

È preoccupante la siderale distanza fra quanto si afferma nella sentenza e la realtà operativa, tanto da far pensare che si rappresenti una “pseudopsichiatria” a scopo giudiziario, assai pericolosa non solo per il medico e gli operatori ma per la cura e la dignità dei pazienti specie se le sentenze dovessero diventare il riferimento per le pratiche quotidiane dei servizi.

La sentenza non mette in dubbio la libertà e la volontarietà del paziente ma giunge ad una condanna perché il paziente sarebbe uscito “senza autorizzazione” e questo sarebbe collegabile in modo causale con il suicidio. Un nesso a mio avviso assai difficile da dimostrare e al quale la Corte di Cassazione indica si sarebbe dovuto far fronte con la “compresenza vigilante”, invitando “il personale infermieristico alla massima sorveglianza”, attraverso accompagnamento da parte di “persone qualificate e informate”. Il tutto nell’ambito dell’alleanza terapeutica che evidentemente pare non poter vedere rotture, stravolgimenti e provocazioni unilaterali (Donaro, 2011, 2014). Ad avviso della Corte doveva intervenire l’infermiera “di guardia alla porta”, qualifica inesistente in ambito sanitario. Credo che basti passare qualche settimana in un servizio psichiatrico per vedere quale è il grado di libertà e autodeterminazione dei pazienti ricoverati e comprendere come le prassi siano di norma incentrate su fiducia, responsabilità e processi di condivisione dei rischi. Ma se questo non va buon fine, cioè se l’esito è sfavorevole è lo psichiatra a risponderne?

Ancora più grave è leggere “che l’obbligo giuridico che grava sullo psichiatra risulta potenzialmente qualificabile al contempo come obbligo di controllo, equiparando il paziente ad una fonte di pericolo, rispetto alla quale il garante avrebbe il dovere di neutralizzare gli effetti lesivi verso terzi, e di protezione del paziente medesimo, soggetto debole, da comportamenti pregiudizievoli per se stesso (Sez. 4 n. 14766 del 4 febbraio 2016, De Simone, Rv 266831)”.

Considerare il paziente come una “fonte di pericolo” non è certo una buona premessa per la cura e non è difficile immaginare quale possa essere l’impatto sul vissuto e la sicurezza degli operatori (Catanesi, 2016). Questo in termini generali ma ancor più specificamente quando ci si trovi a dover curare un paziente autore di gravi reati, soggetti aggressivi, violativi o con tratti antisociali, uso di sostanze che neanche forze dell’ordine e magistratura riescono a fronteggiare con gli strumenti a loro disposizione.

Ancora più nebulosa è la definizione degli “obblighi di controllo” e cioè in quali azioni debba consistere. In altre parole come e con quali strumenti dovrebbe essere controllato il paziente perché deve essere chiaro che nell’attuale organizzazione dei servizi per la salute mentale (Ciliberti et al, 2015) non vi è alcun luogo o azione che possa operare in tal senso (nemmeno il TSO che ha preminenti finalità di cura).

La posizione di garanzia deve essere circoscritta ad atti medici e non può essere lasciata nel vago.

Scrivono la Corte di Cassazione: “il contenuto della posizione di garanzia assunta dallo psichiatra deve essere circoscritto, tenendosi nel dovuto conto la contemporanea presenza di vincoli protettivi e pretese di controllo, unitamente alla particolare complessità della situazione da governare: tra il perimetro della posizione di garanzia e il rischio consentito esiste uno stretto collegamento, nel senso che è proprio l’esigenza di contrastare e frenare un determinato rischio per il paziente (o realizzato dal paziente verso terzi) che individua e circoscrive sul versante della responsabilità colposa, le regole cautelari del medico”. Cass.Pen. sez 4 n. 28187 del 20 aprile 2017)

La nozione di “rischio consentito” (Cass. Pen, Sez.IV, 22.11.11 n.4391) è di assai difficile obiettiva definizione specie ex ante e nell’ambito della relazione di cura. Come si è detto, il rischio costituisce una dimensione che varia in rapporto a molteplici eventi esterni non controllabili dallo psichiatra (si pensi al paziente di norma tranquillo che diviene pericoloso se assume alcool, o della persona che non dà problemi se ha denaro e diventa molesto quando ne è privo, per non parlare di dinamiche relazionali di coppia o familiari di soggetti del tutto innocui quando visti singolarmente, e così via). Quindi il “rischio consentito” non solo è di improba definizione ma è multi determinato, quindi assai variabile nel tempo e al di fuori delle possibilità di intervento dello psichiatra.

Ne consegue che stabilire il collegamento fra “posizione di garanzia” e “rischio consentito” può comportare una rinuncia da parte dell’operatore dell’assunzione di qualsiasi rischio anche minimo, venendo così meno alla funzione della cura. Per la cura invece non solo è necessario che l’operatore si assuma un rischio, essenziale anche per iniziare un processo di responsabilizzazione del paziente, il quale può evolvere attraverso la relazione terapeutica, unica e irripetibile con quello psichiatra, quella équipe in un clima positivo, di libertà e sicurezza ma anche di rispetto reciproco e della dignità dell’altro. È un processo difficile rischioso specie quando vi sono da curare autori di gravi reati, che va sostenuto e protetto e non esposto nemmeno in via ipotetica a possibili rischi penali o civili per l’operatore che si trova, come ho più volte detto, esposto in primo piano con il supporto dell’équipe ma senza mezzi per il controllo e privo di istituzioni custodiali.

D’altra parte l’inefficacia e la iatrogenicità degli Ospedali psichiatrici è stata sancita fin dagli anni 60 e quindi oggi si sa come creare sicurezza nella relazione, con processi di elaborazione, responsabilizzazione, coinvolgimento attivo, sostegno dei diritti, sviluppo di opportunità. È questa posizione che va sostenuta anche dalla magistratura riconoscendo la complessità del compito, la difficoltà diagnostica ma anche l’ineliminabile presenza di elementi soggettivi.

Questo rende assai difficile “la selezione delle regole tecniche, delle raccomandazioni, che orientano l’attività medica nella scelta del percorso terapeutico” e delle LG “in grado di offrire indicazioni e punti di riferimento, tanto per il medico nel momento in cui è chiamato ad effettuare la scelta terapeutica adeguata al caso di specie, quanto per il giudice che deve procedere alla valutazione giudiziale di quella condotta” (sez 4, sentenza n. 4391 del 22/11/2011 dep. 2012, Di Lella, Rv.- 251941.)

Le LG “offrono al giudice un estrinseco parametro di

riferimento, che garantisce maggiore tassatività nella valutazione degli eventuali profili di colpa del sanitario”.

E cosa sono le LG per la Corte di Cassazione: le LG “costituiscono sapere scientifico e tecnologico codificato, metabolizzato, reso disponibile in forma condensata, in modo che possa costituire un’utile guida per orientare agevolmente, in modo efficiente ed appropriato, le decisioni terapeutiche. Si tenta di oggettivare, uniformare le valutazioni e determinazioni; e di sottrarle all’incontrollato soggettivismo del terapeuta. I vantaggi di tale sistematizzata opera di orientamento sono tanto noti quanto evidenti. Tali norme, di solito, non danno luogo a norme propriamente cautelari e non configurano, quindi, ipotesi di colpa specifica. Esse, tuttavia hanno a che fare con forti istanze di determinatezza che permeano la sfera del diritto penale”.

(Cass. Pen. sez 4 n. 28187 20 aprile 2017)

Quindi le LG interessano molto ai magistrati. Allora è bene dire che esse derivano da ricerche con casistiche assai selezionate, non corrispondenti a quelle che poi vi sono nelle pratiche reali. Le stesse raccomandazioni dipendono dai sistemi organizzativi e normativi (in molti casi di paesi anglosassoni dove sono attivi i manicomi e leggi diverse da quelle italiane) e non tengono conto della compresenza di diverse patologie e di condizioni personali, familiari e sociali di vulnerabilità.

Ne deriva che non si tratta di saperi “metabolizzati” e “consolidati” tanto che da più parti viene rimarcata la necessità di LG che siano orientate alla complessità e facciano proprie le evidenze derivate dalle pratiche reali (Real word evidence) e spesso evidenziano il “gold standard” e non certo il livello possibile esigibile in ogni singolo caso.

Il rischio di un’applicazione al di fuori del contesto delle LG può non solo esporre il medico a giudizi erranei (e mi permetto di dire che ciò è avvenuto nel caso Pozzi con la Sentenza Sez 4 n. 10795 del 14 /11/2007), semplicistici in quanto incentrati quasi esclusivamente sulla gestione della terapia farmacologica.

Questo non solo non tiene conto della complessità ma non aderisce alla scientificità (dove non ci sono certezze ma solo conoscenze e teorie provvisorie).

Infatti, è noto che la terapia psicofarmacologica non avviene nel vuoto ma nell’insieme delle relazioni, una quota del 25% dei pazienti affetti da schizofrenia è resistente ai farmaci, nessuna LG si esprime sulla durata del trattamento a lungo termine. Una quota rilevante di sintomi (ad esempio quelli negativi) non è modificato dai farmaci i quali per altro possono presentare effetti collaterali importanti che vengono lamentati dal paziente (questo ad esempio non ebbe alcun rilievo quando si trattò di giudicare l’operato di Pozzi). In altre parole si opera una semplificazione e si uti-

2 Di questo sono in larga parte responsabili i periti. Posto che da più parti è stata sottolineata la non scientificità delle perizie psichiatriche (Dell’Acqua, 2016), in ambito internazionale vi sono criteri (Daubert 1993, Kumbo 1999) per l’acquisizione delle prove scientifiche in ambito giudiziario e quindi anche le perizie. Tra questi: la verificabilità del metodo, esperimenti, test di falsificazione, revisione tra pari, tasso di errore accertato o potenziale. A livello nazionale è essenziale superare la distanza fra psichiatria clinica, forense e medicina legale e la possibilità di perizie gruppal e multi professionali, o la doppia perizia.

lizza un parametro di giudizio assai parziale, sommario ed esterno alla relazione di cura.²

La prevenzione delle condotte suicidarie (Biondi M., Iannitelli A., Ferracuti S., 2016) per la quali vi sono alcune sentenze di condanna (Cassazione Penale 4 sez. Sentenza n. 48292 del 27/11/2008, sentenza n. 11418 depositata il 21 settembre 2017) gli elementi a sostegno delle condanne a mio avviso non sono basati su evidenze scientifiche sufficienti, né lo sono le misure che si sarebbero dovute attuare, vigilanza, comunicazioni agli accompagnatori ecc. sorveglianze a vista o la presenza di accompagnatori professionisti, interventi che non solo non rappresentano i servizi reali e le loro dotazioni organiche ma anche quando teoricamente attuabili non hanno alcuna certezza di prevenire l’evento infausto.

Lo stesso va detto del ricovero coatto e della restrizione della libertà (i dati dei suicidi in ambito penitenziario sono 10 volte maggiori di quelli della popolazione generale) che non hanno effetto protettivo e al contrario esperienze di umiliazione, restrizione del movimento e della comunicazione possono portare alla disperazione e alla perdita di speranza che unite allo stigma e al timore del giudizio degli altri possono incrementare i rischi auto lesivi e autosoppressivi. La prevenzione si basa sulla relazione, su un’attenzione che porti ad una rianimazione della speranza.

4. Le buone pratiche condivise: una possibile via

Tutto questo porta al tema della prevedibilità e prevenibilità a breve, medio, lungo termine.

Sappiamo dei limiti della disciplina e della scarsissima capacità predittiva. Occorre essere chiari in questo evitando di ingenerare speranze e aspettative irrealistiche. La scienza spesso porta al dubbio, ad altre domande piuttosto che a certezze. Per questo ritengo che nella rappresentabilità dei rischi sia al momento più utile la definizione di “buone pratiche” attraverso accordi, procedure, convenzioni operative. In particolare per tutti quei soggetti nei quali è evidente fin dall’inizio l’entità del rischio e non mi riferisco solo agli autori dei gravi reati, ma anche ai pazienti affetti da disturbi invalidanti, con alto rischio di suicidio, dipendenza e che magari si trovino in situazioni di estrema povertà, degrado sociale e culturale.

Su queste situazioni non si può pensare ad una responsabilità individuale ma gruppal e, istituzionale, concertata, definita a partire dalla necessità di facilitare la presa in cura, di sostenere quei processi che possano aiutare la persona a liberarsi dalla malattia, ad emanciparsi e responsabilizzarsi.

Abbiano bisogno che si riconosca la particolare complessità e difficoltà del compito (art 2236 c.c.) dello psichiatra e si conceda il “privilegio terapeutico”. Una condizione non volta a creare una sorta di impunità ma che possa sostenere al massimo grado il mandato di cura della persona e con esso, seppure indirettamente, l’interesse della comunità.

Allo stato attuale della normativa, dell’organizzazione dei servizi, ciò che possiamo fare è solo un’alleanza con i diversi soggetti coinvolti nelle varie forme del prendersi cura, una concertazione degli obiettivi e dei metodi per raggiungerli, valutando rischi/benefici, risorse e opportunità, diritti. In questo quadro la relazione con i familiari, la loro partecipazione è essenziale e a mio avviso va codificata

anche in un possibile accordo/patto ex ante. Lo stesso credo sia necessario con tutti gli operatori, anche di quelli delle cooperative e degli enti che concorrono a realizzare il sistema pubblico di salute mentale, al fine di stabilire obiettivi, metodi di lavoro e rischi, vedendo come prevenirli e gestirli. Dare indicazioni, comunicazioni, condividere, documentare. Come emerge da diversi casi anche in ambito penale i “motori” dell’azione giudiziaria sono i familiari dei pazienti e talora gli operatori (o loro familiari).

Buone pratiche condivise e concertate anche con la medicina generale per una tutela piena della salute delle persone con disturbi mentali come noto spesso affette da altre patologie; condivisione con i servizi sociali per affrontare i determinanti sociali della salute e realizzare i diritti di cittadinanza. Essenziale è la concertazione tra psichiatria e giustizia, come per altro ha indicato il Consiglio Superiore della Magistratura, nel caso di autori di reato, dove i rischi sono elevati e presenti ex ante e pertanto prevenibili solo con un’azione di sistema e una responsabilità istituzionale (e non del singolo psichiatra) come del resto accade per le persone detenute che poste in libertà nel 70% dei casi tornano a delinquere senza che questo chiami in causa responsabilità specifiche di alcuno.

Le buone pratiche condivise e il metodo della concertazione sono essenziali anche per evitare cambi di paradigma ad es. da quello contrattuale- co-costruito, a quello paternalistico specie quando si verifica un incidente: si lavora sul consenso, si co-costruisce e poi nel momento critico ne deve rispondere solo lo psichiatra?

Può funzionare un sistema che definisca un patto (per appropriatezza, efficacia, rischi/benefici clinici) per la cura mentre il controllo implica un coinvolgimento anche della famiglia e della comunità in relazione ai rischi/benefici comportamentali e sociali. Come si è più volte detto l’attuale sistema per la salute mentale italiano non può esercitare alcuna funzione di tipo custodiale.

Al momento non è possibile un ritorno alla situazione precedente la legge 180 nella quale “debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo” (art. 1 legge 36/1904) ma questo può accentuare negli operatori della salute mentale anche sotto la spinta di un’interpretazione ampia e securitaria della posizione di garanzia, una tendenza alla psichiatria difensiva, evitante dei casi più gravi e problematici destinati all’abbandono. Una deriva molto grave per tutti.

Siamo da anni in una crisi che può portare ad erodere i diritti sociali, indebolire fino a privatizzare i servizi pubblici. La sofferenza viene pensata sempre più come fenomeno individuale e non relazionale, cioè al di fuori della concezione del bene comune e del patto sociale solidaristico, una sorta di neo darwinismo sociale (fino alle vite di scarto, Bauman, 2007) nel quale la lettura lineare – semplicistica diviene funzionale ai processi di esclusione e abbandono dei soggetti fragili sia alla mercificazione consumistica della salute (i servizi come supermarket) offerta solo a coloro che se lo possono permettere. In questo quadro viene da interrogarsi non solo circa il destino di una quota crescente di emarginati sul ruolo del welfare pubblico e dei servizi per la salute mentale ma anche su come possa essere ridefinito il patto sociale.

In questa fase critica gli psichiatri non possono essere i capri espiatori delle contraddizioni del sistema stretto tra de finanziamento, assenza di risposte a fronte di domande crescenti né possono praticare una sorta di “psichiatria impossibile”, sempre fra l’incudine e il martello, fra coercizione e abbandono, fra alleanza e attacchi frontali, lasciata sola da tutte le istituzioni che le dicono cosa fare e costantemente la sottopongono a giudizi.

Uno scenario impossibile, per la tenuta emotiva e motivazionale degli operatori che ripeto vanno sostenuti nel loro ruolo nella difficile cura dei disturbi mentali che, come dice l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) sono curabili e guaribili e non c’è salute senza salute mentale. Per questo occorre ridare spazio all’accoglienza, alla speranza, all’idea che si possa fare insieme superando ogni logica difensiva.

Riferimenti bibliografici

- Bauman, Z. (2007). *Vite di scarto*. Bari: Laterza.
- Bertolino, M. (2015). Il vizio di mente fra prospettive neuroscientifiche e giudizi di responsabilità professionale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2/2015, 84-98.
- Biondi, M., Iannitelli, A., & Ferracuti, S. (2016). Sull’imprevedibilità del suicidio. *Riv. Psichiatria*, 51(5) 167-171.
- Carabellese, F., Mandarelli, G., La Tegola, D., Parmigiani, G., Ferracuti, S., Quartesan, R., Bellomo, A., & Catanesi, R. (2017). Mental capacity and capacity to consent: studio multicentrico in un campione di pazienti ricoverati in TSO. *Rivista di Psichiatria*, 52 (2), March-April 2017, 67-74.
- Catanesi, R., Ferrannini, L., & Peloso, P. (2006). *La contenzione fisica in psichiatria*. Milano: Giuffrè.
- Catanesi, R., Carabellese, F., & Grattagliano, I. (2009). Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 64-74.
- Catanesi R., & Carabellese, F. (2011). Suicidio e responsabilità professionale. *Rivista di psichiatria*, 46(2), 75-88.
- Catanesi, R., Scapati, F., De Rosa, C., Loretto, L., Martino, C., Perozziello, F., & Villari V. (2012). La posizione di garanzia in psichiatria. *Quaderni italiani di psichiatria*, 31, 3-6.
- Catanesi, R., Manna, A., & Ventriglio, A. (2016a). Community mental health services and responsibility of psychiatrists in Italy: Lessons for the globe. *International Journal of social Psychiatry*, 62(6), 501-504.
- Catanesi, R., Di Sciascio, G., & Palumbo, C. (2016b). Sicurezza e benessere sul lavoro in psichiatria: riflessioni e proposte. *Minerva psichiatrica*, 57(3), 113.
- Catanesi, R. (2017). La responsabilità dello psichiatra ai tempi delle REMS. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2017, 3, 182-192.
- Cendon, P. (2015). La responsabilità dei servizi psichiatrici. *Key Ed.*, 18.
- Ciliberti, P., Scapati, F., Nuvoli, G., Oldrati, S., & Ferrannini, L. (2015). I mutamenti organizzativi dei dipartimenti di salute mentale per la presa in carico dei pazienti autori di reato. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 127-135.
- Consiglio Superiore della Magistratura (2017). Fasc. 37/PP/2016 “Disposizioni urgenti 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. *Questioni interpretative e problemi applicativi*, 19.4. 2017 <http://www.societadellaragione.it/-/2017/04/22/falsi-allarmi-la-verita-sulla-chiusura-degli-opg/>
- Dell’Acqua, P., & D’Autilia, S. (2013). Abbandonare quei luoghi, abitare le soglie. *Riv. It. Med. Leg.*, 1357.
- Dodaro, G. (2011). *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*. Milano: Franco Angeli.

- Dodaro, G. (2014). Competenze e responsabilità “multilivello” nell’organizzazione del Spdc per la gestione del paziente psichiatrico aggressivo. *Nuova Rassegna di studi psichiatrici*, 9.
- Maldarelli, G., Carabellese, F.F., Parmigiani, G., Bernardini, F., Pauselli, L., Quantesan, R., Catanesi, R., & Ferracuti, S. (2017). Treatment decision-making capacity in non-consensual psychiatric treatment: a multicentre study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, (in press), 1-8.
- Fornari, U. (2012). *Al di là di ogni ragionevole dubbio. Ovvero sulla cosiddetta prova scientifica nelle discipline psicoforensi*. Torino: Express.
- Merzagora, I. (2012). *Colpevoli si nasce?* Milano: Raffaello Cortina.
- Merzagora, I. (2015). Pericolosi per come si è: la (auspicata) chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la (discutibile) pericolosità sociale come intesa dal decreto legge n.54 del 31 marzo 2014. *Riv. It. Med. Leg.*, 360 ss.
- Moretti, V., Sinisi, A., Mattei, G., & Galeazzi, G.M. (2017). Situazione, qualità della vita e trattamento di persone dimesse dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia: follow-up a due anni. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 2017, 193-202.
- Paulillo, G., Molinaro V.I., & Pellegrini, P. (2017). La qualità percepita dagli ospiti della REMS di Casale di Mezzani (Pr). *Rassegna italiana di Criminologia*, 3, 213-219.
- Pellisero, M. (2014). Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza. *Dir. Pen. Proc.*, 8, 927 ss.
- Pivetta O. (2012). *Franco Basaglia Il dottore dei Matti. La biografia*. Dalai.
- Schiaffo, F. (2013). La riforma continua del «definitivo superamento degli OPG»: la tormentata vicenda dell’art. 3 ter del D.L. 211/2011. *Critica del diritto*, 1, 44.
- Sgarbi, C., Paulillo, G., Frivoli, F.G., Domiano, P., Molinaro, V.I., Pellegrini, P., Brignardi Baracchi, F., Velante, C., & De Fazio, L. (2017). L’esperienza della Rems di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 203-212.