

## Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna

• • •

**Presidente:**

**Dott. Giancarlo Pizza**

**Convegno:**

**“Responsabilità medica in Psichiatria”**

**Bologna 21 novembre 2009**

**Commissione “Responsabilità medica in ambito psichiatrico”**

**Coordinatore:**

**Dott. Pietro Abbati**

**Benvenuto:**

**Dott. Giancarlo Pizza**

**Introduzione:**

**Dott. Pietro Abbati**

**Interventi dei componenti la Commissione:**

**Dott.ri Stelio Stella, Nicoletta Gosio, Paolo Baroncini, Euro Pozzi**

**Interventi:**

**Avv. Alberto Santoli del Foro di Bologna, Legale dell’Ordine**

**Dr. Giovanni Spinosa, Presidente del Tribunale di Teramo**



## Dott. Pietro Abbati

Il campo di lavoro della commissione sulla responsabilità medica in psichiatria.

“Non posso esimermi dal soccorrere uno straniero, quale ora sei tu; e del resto so bene di non essere che un uomo: non c'è un attimo del domani che appartenga più a me che a te” (Ed. Col. vv. 565 ss.)

“Abbi fiducia in me non ti abbandonerò” (Ed. Col. v. 649)

Straniero e apolide è il paziente affetto da patologia psichiatrica, escluso, spesso auto escluso, da un'organizzazione sociale e familiare le cui regole sono troppo complesse e/o contraddittorie per poter essere accettate o rispettate.

Compito dello psichiatra è costituire un'alleanza con il proprio paziente allo scopo di aiutarlo a reggere alle crisi ed a fronteggiare la problematicità del reale senza cedere alla chimera dell'autosufficienza e dell'auto esclusione.

Nello stesso tempo lo psichiatra è parte di una “macchina organizzativa” che deve garantire la disponibilità generalizzata di assistenza a qualsiasi persona in qualsiasi momento.

Lo psichiatra può trovarsi, e spesso si trova, nel mezzo di una contraddizione non risolvibile tra gli interessi del suo paziente, e quelli che abitualmente chiamiamo “interessi della collettività”. È, e forse deve essere, schiacciato tra queste due polarità opposte.

Il paziente psichiatrico tende a diventare “straniero” al mondo che lo circonda e da questo tende ad essere esiliato fuori dalle mura della convivenza sociale. Di questa condizione deve sopportare il dolore e le conseguenze. E il dolore non migliora le persone, le rende spesso vendicative, le spinge ad odiare gli altri colpevolizzandoli del loro benessere.

Il sistema sociale, la collettività così come il microcosmo familiare e relazionale del paziente si rivolgono allo psichiatra con l'esigenza e l'aspettativa di avere da esso chiavi di lettura del comportamento del paziente, ma ancora di più esprimendo la richiesta di avere protezione dalla disorganizzazione che le condotte e le idee del paziente determinano nel regolare svolgimento della vita sociale.

In questo quadro la responsabilità dello psichiatra è, come nell'etimo della parola, dare risposte con la consapevolezza delle conseguenze che da queste risposte deriveranno.

La legge 180 è stata il frutto della presa di posizione degli psichiatri, raccolta poi dal sistema sociale, della presenza di conseguenze inaccettabili per i pazienti derivanti dalla loro segregazione fisica all'interno dei manicomi e della grande apertura di opportunità offerta dalla introduzione dei farmaci neurolettici nel trattamento delle malattie mentali. Per molti anni l'idea che il reinserimento sociale dei pazienti fosse “la soluzione” dei problemi dei pazienti psichiatrici è stata forza propulsiva per la creazione di un ampio sistema di assistenza territoriale che si intrecciasse con l'assistenza sociale. La preoccupazione della psichiatria è stata essenzialmente quella di impedire una regressione delle pratiche dell'assistenza psichiatrica verso modelli di stampo manicomiale.

In quel tempo l'assunzione di responsabilità degli psichiatri si è espressa nella decisione di affrontare, recidendolo, il nodo Gordiano rappresentato dalla segregazione che determina deterioramento delle capacità adattive e che a sua volta determina ulteriore ed irreversibile segregazione. Ogni decisione è presa in condizioni di incertezza ed è sempre un azzardo e tale fu la decisione di chiudere i manicomi, di opporsi in maniera

irriducibile all'idea di "pericolosità sociale" associata in modo acritico ed irrevocabile alla malattia mentale.

Siamo adesso, nell'*hic ed nunc* di questo tempo che dista trent'anni dalla 180, condannati, in quanto psichiatri, perché ritenuti corresponsabili delle azioni dei nostri pazienti. Siamo condannati da una magistratura che si fa braccio forte di un sistema sociale che non è più in grado di negare l'evidenza che, in certe condizioni, i pazienti psichiatrici possono diventare pericolosi, che il reinserimento sociale a volte non è possibile e che ci ricorda con severità che il nostro è ruolo di mediazione tra il paziente ed il mondo che lo circonda, che ci accusa di non svolgere adeguatamente i nostri compiti di protezione verso il sistema sociale. Ci accusa di non avere valutato correttamente le conseguenze delle nostre decisioni e di essere venuti meno per questo e colpevolmente ad una nostra responsabilità.

È come se lo psichiatra, ogni psichiatra, avesse messo una sorta di firma di avallo al credito sociale che è stato concesso ad ogni nostro paziente ed il sistema sociale, di fronte alla insolvenza delle persone da noi garantite, ci richiedesse la copertura in solido del debito insoluto.

Il razionale giuridico della chiamata a correatà è espresso in modo dettagliato e sapiente dalla dott.ssa Rita Zaccariello nel suo intervento "QUESTIONI IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PENALE DELLO PSICHIATRA PER CONDOTTE AUTO O ETERO LESIVE POSTE IN ESSERE DAL PAZIENTE" laddove afferma che "se non vi è dubbio che la stretta correlazione tra malattia mentale e pericolosità stabilita dalla legge del 1904 fosse arbitraria perché fondata su un mero pregiudizio e sia assolutamente incostituzionale, è altresì vero che il venire meno di tutti i riferimenti normativi alla pericolosità derivante da causa psicopatologica – salvo il caso in cui l'infermo di mente abbia già commesso un reato – non ha potuto cancellare un dato di realtà, ossia la possibilità che un determinato soggetto versi in uno stato psicopatologico di tale intensità da renderlo, in concreto, pericoloso per sé e per altri, quindi incline a porre in essere comportamenti auto o etero lesivi che non sono espressione di un autodeterminazione consapevole ma espressione della malattia".

Non basta quindi che gli psichiatri rigettino la chiamata a correatà facendo appello allo "spirito" della 180 ed ai valori da essa sostenuti; ciò che ci viene richiesto, a livello sociale, è di dare risposta a questa evidenza e cioè che si dà la possibilità che "un determinato soggetto versi in uno stato psicopatologico di tale intensità da renderlo, in concreto, pericoloso per sé e per altri". Sottrarci a questa richiesta di risposta o negare questa evidenza è il fondamento della colpa che ci viene attribuita. Allo psichiatra la società chiede non solo una diagnosi ed una prognosi di malattia, cose che vengono chieste a tutti i medici, ma anche una prognosi di condotta ed una terapia che sia efficace nel condizionare la condotta stessa.

Allo psichiatra si chiede di prevedere la probabile condotta del suo paziente, e la possibilità che questa sia socialmente accettabile. Questa richiesta sociale è manifestamente eccessiva.

Vale per noi, psichiatri del 2009, come per i nostri pazienti la necessità di prendere coscienza che quel che ci precede – dal DNA biologicamente, ai rapporti parentali, alle matrici storico-culturali, all'ambiente sociale – ci condiziona e ci determina ma non ci

costringe. Che dobbiamo fare i conti con ciò da cui proveniamo ed in cui siamo inevitabilmente radicati per renderci capaci di scelte responsabili nell'attualità delle nostre esistenze come uomini e come professionisti.

È in questa direzione che va l'iniziativa assunta dal Presidente di quest'Ordine dei Medici che ha voluto con determinazione la costituzione di questa Commissione per la Responsabilità Medica in Psichiatria.

Ci ha offerto la possibilità di costituire uno spazio di riflessione e di lavoro all'interno del quale ritrovare le coordinate della nostra identità di medici prima e di psichiatri poi nell'attualità di questo tempo che dista trent'anni dalla approvazione della 180 e che ci pone nuove questioni da risolvere, non meno drammatiche e non meno complesse della segregazione manicomiale che rese necessaria la 180.

Il Codice deontologico dei medici italiani (che – come è noto – non ha valore di legge) talora si adegua e talora precede le pronunce giurisprudenziali nel settore sanitario: fra i due campi, l'influenza è reciproca.

La Commissione istituita da questo Ordine non si occuperà dunque di mettere in discussione taluni obblighi, ormai comunemente accettati a livello giurisprudenziale, ma forse non completamente accettati a livello medico, come per esempio l'obbligo del segreto, o l'obbligo di informare il paziente su fatti medici che lo riguardano, e di otterne il consenso prima di iniziare procedure diagnostiche e terapeutiche. Tali obblighi, così come altri, sono di ordine generale, e riguardano tutti i medici, e dunque anche gli psichiatri, anche se, come è ovvio, in questo settore specialistico essi possono assumere connotazioni particolari, talora paradossali, o irrisolvibili.

L'esplorazione del campo semantico e culturale della parola responsabilità costituirà il perimetro all'interno del quale sviluppare la nostra riflessione che, augurabilmente e necessariamente, si articolerà in diversi incontri. La responsabilità come "assunzione di..." ovvero come presa di posizione altrimenti ineludibile di fronte alle necessità espresse dal paziente e dal sistema sociale di cui facciamo parte. Fino a responsabilità come "colpa di..." ovvero onere derivato dall'aver omesso di prendere una decisione o avere assunto la decisione sbagliata.

La contrapposizione tra un piano generale di lettura della realtà della vita ed uno particolare riferito ad un singolo segmento temporale, nella sua complessa articolazione di cause ed effetti, attraversa la storia della cultura da molti secoli.

La riflessione sulla sostanziale impossibilità di operare una lettura contemporanea dei due piani è incorporata nella cultura umana a partire dalla tradizione greca che utilizza due parole per "vita": *Zoe*, la vita eterna ed immortale nel suo incessante scorrere e trasformarsi, contrapposta a *Bios* che è invece la vita singolare, limitata e mortale di ogni singolo individuo.

Nella cultura greca la vita di ogni uomo – *Bios* – viene rappresentata nel suo essere alle prese con *Zoe* fatta di potenze esterne – la natura, gli dei, il destino – e potenze interne – le sue passioni e voglie – tra cui deve districarsi come il marinaio che, nella tempesta che viene improvvisa, deve trovare il modo di continuare a navigare intuendo l'"andatura del mondo", facendo riferimento a qualche regolarità osservata in precedenza e trovando la via possibile nell'*hic et nunc* della propria storia.

Non c'è nulla di nuovo dunque nella contrapposizione tra lettura giuridica, per sua na-

tura generale, e lettura personale, per sua natura particolare, degli accadimenti umani – nel nostro caso, tra la lettura *ex post* delle scelte operate dal medico e la concreta azione del medico in una situazione data.

Non a caso la condotta dei medici è tradizionalmente sottoposta all'unico criterio dell'“agire secondo scienza e coscienza”. Tale indicazione fa riferimento alla scienza e coscienza del singolo medico nel momento in cui sceglie l'azione da compiere in favore del suo paziente e gli Ordini dei Medici si fanno garanti della acquisizione di tale scienza e della coscienziosa applicazione di essa da parte dei suoi iscritti.

Nella dimensione della *Zoe* la scienza è “tutto lo scibile”, nella dimensione del *Bios* la scienza sono le informazioni di cui il singolo professionista dispone nel momento storico in cui agisce e sceglie.

In quest'ottica lo sforzo di elaborazione e sintesi che in tutte le branche della medicina viene svolto per identificare linee guida aggiornate in merito alle migliori strategie di trattamento dei singoli disturbi corrisponde all'esigenza di organizzare lo sconfinato patrimonio della ricerca in ambito medico e rendere disponibile al singolo professionista, nella situazione specifica in cui deve agire e scegliere, un orientamento condiviso, aggiornato ed attendibile.

Ma nella psichiatria italiana dell'ultimo ventennio la stessa codifica della diagnosi fatica ad essere condivisa dal momento che è diventata territorio di confronto di posizioni ideologiche tra loro incompatibili e se nella nostra disciplina non si riesce a trovare una rappresentazione condivisa in merito a “cosa si cura” figuriamoci se si può arrivare ad una prassi condivisa in merito al “come si cura”!

È mia ferma e consolidata convinzione che il significato della parola responsabilità che definisce responsabilità come “assunzione di...” imponga agli psichiatri italiani di ridefinire un punto di partenza che tenga conto della specificità medica e definisca il confine tra responsabilità medica e responsabilità socio-assistenziale nel trattamento. Jervis<sup>1</sup> ricorda che negli anni '80 “Psichiatria Democratica ... criticava l'istituzione di Unità psichiatriche negli Ospedali generali, perché ciò avrebbe implicato una medicalizzazione della sofferenza mentale, legata ad una concezione biologistico-organicista” fondandosi sulla teoria che “... la sofferenza e la discriminazione psichiatrica erano un aspetto delle contraddizioni esistenti nella società ... ed andavano affrontate là dove nascevano, ossia nel vivo del tessuto sociale, e non dovevano essere sequestrate in ambienti specialistici separati”<sup>2</sup>.

Trent'anni dopo sappiamo che la psichiatria, sia nel trattamento della acuzie sia nella riabilitazione, si fonda sull'uso appropriato di farmaci che la ricerca neurobiologica e genetica rende sempre più specifici e selettivi. Sappiamo che i dosaggi ematici di questi farmaci sono critici per la loro efficacia e per la gestione di effetti collaterali a breve e a lungo termine. Sappiamo che l'assetto endocrino del paziente ha enorme influenza sul suo psichismo. Sappiamo che il trattamento dell'abuso di questi farmaci, che ha raggiunto proporzioni enormi dall' '80 ad oggi, costituisce parte dei nostri oneri quotidiani.

---

<sup>1</sup> G. Corbellini, G. Jervis “La razionalità negata” pg. 146 - Bollati Boringhieri - sett. 2008.

<sup>2</sup> *Ibidem* - pg. 141.

Sembra paradossale che ancor oggi sia facile da accettare l'idea che per un inserimento sociale dei pazienti psichiatrici siano necessarie mediazioni e facilitazioni che tengano presente la specificità delle persone malate mentre sembra blasfemo sostenere che ricoverare un paziente con patologia psichiatrica prevalente in un reparto di medicina generale è spesso impossibile per la sua intolleranza alle regole che gli ospedali si sono date. Il risultato di questo paradosso è che la comorbilità medica delle patologie psichiatriche spesso non viene trattata e che molta parte degli psichiatri ritiene non sia nemmeno di sua competenza.

La semplificazione che riconosce alla psichiatria la sola funzione di prevenzione e normalizzazione delle condotte socialmente disturbanti attraverso l'uso di farmaci ed il reinserimento sociale è, a mio giudizio, collegata ad una concezione riduttiva della psichiatria che gli psichiatri stessi hanno favorito. Spero che il lavoro di questa commissione possa contribuire ad una rettifica di questo stato di cose e ci aiuti a spostare la nostra attenzione ed il nostro orizzonte organizzativo ed operativo dalla "centralità del territorio" alla "centralità della cura dei pazienti psichiatrici".

## **Dott. Stelio Stella**

Prima di esporre l'argomento che intendo affrontare oggi, voglio ringraziare il presidente del nostro Ordine cittadino, dottor Giancarlo Pizza, per avere consentito la realizzazione dell'evento odierno e, prima ancora, per avere voluto, sostenuto e favorito la costituzione del gruppo di lavoro, di cui con piacere faccio parte, con lo scopo di affrontare un tema estremamente delicato e cocente per ciascuno di noi, quale è quello della responsabilità medica in psichiatria. Molti gli eventi di cronaca che hanno visto coinvolti nostri colleghi come attori indiretti, ma sempre immediatamente indicati come responsabili delle azioni di persone che avevano compiuto atti cruenti o comunque arrecatori di danno ad altri, perché non ne avevano impedito il compimento o, addirittura, perché ne avevano facilitato il realizzarsi. L'abitudine, ormai largamente invalsa, di invocare immediatamente la responsabilità del medico in tutti quegli eventi per cui, individuato un possibile responsabile, scatta la richiesta di indennizzi riparatori, ha invaso anche l'area dell'operare del medico psichiatra (in analogia a quanto accade per l'ostetricia, la chirurgia, la pediatria e per tutte quelle aree dove è più possibile e frequente che si determinino i malaugurati eventi). È sicuramente certo che se le iniziative legali contro medici o Aziende Sanitarie non fossero esenti dal dovere risarcire gli accusati, una volta dimostrata l'infondatezza dell'accusa loro rivolta, mossa a scopo, ripeto, dominantemente risarcitivo, probabilmente tali iniziative si ridurrebbero di molto, con il conseguente vantaggio di non produrre stress ingiustificati e danni di immagine ai professionisti e sovraccarichi processuali per un sistema giudiziario già oltremodo oberato.

Premesso questo, entro nell'argomento dichiarando subito che le mie parole hanno come campo operativo di riferimento quello aziendale pubblico, in ragione della mia lunga appartenenza ad esso. Sappiamo che il medico, qualunque sia la sua qualifica professionale, deve svolgere il proprio compito osservando i precetti della perizia, prudenza e diligenza. L'inosservanza di queste coordinate espone *tout court* alla colpa, in particolare alla colpa individuale. Non intendo, però, entrare nelle disamina di questo aspetto che pur rimane un elemento di ineludibile riferimento; voglio invece prendere in considera-

zione quegli elementi che vanno oltre la responsabilità individuale; mi riferisco alla responsabilità allargata sia alla intera équipe sia alla correlata responsabilità di quelle posizioni funzionali che hanno diretta connessione con le figure operative in senso stretto. Per la prima esistono sufficienti elementi della giurisprudenza che indicano, in modo esplicito, la costante responsabilità, oltre a quella del singolo professionista, del direttore di Unità Operativa (il primario, per intenderci) sull'operato dei collaboratori gerarchicamente subordinati, anche se questi sono singolarmente responsabili del proprio specifico funzionamento professionale; per tale ragione il primario ha l'obbligo della conoscenza/verifica/corresponsabilità sulle azioni di un suo subordinato; non può quindi invocare la non conoscenza né dei fatti né delle modalità operative di un certo Professionista afferente alla U.O. da lui diretta; più semplicemente non può "chiamarsi fuori". Prima condizione di responsabilità allargata all'interno dell'équipe. Per l'altra responsabilità faccio riferimento, invece, alle figure del Direttore del Dipartimento, al Direttore Sanitario, al Direttore Generale. In questo senso si potrebbe parlare di responsabilità professionale allargata in senso longitudinale. Perché questo allargamento in termini di responsabilità? Perché ritengo (ma non sono certamente il solo, giacché le presenti considerazioni sono maturate nel corso di lunghe e costanti discussioni e riflessioni avvenute all'interno delle diverse aree operative del dipartimento) che le ricordate Figure Dirigenziali siano determinanti nel costituire e configurare il campo operativo in cui agiscono le diverse professionalità. I piani di programmazione, gli obiettivi di budget da raggiungere, (pena per il mancato raggiungimento è la decurtazione economica degli emolumenti stipendiali), le scelte strategiche di "razionalizzazione" degli organici, la scelta delle priorità di target per le diverse Unità Operative, vengono decise con le consolidate modalità del top-down. Questa dimensione che può aver tutte le buone ragioni del mondo, può, però, limitare, anche grandemente, le scelte strategiche del professionista, nel senso che una certa scelta operativa, quale potrebbe essere la decisione di ricoverare un paziente in una condizione di incerta necessità, può sbilanciarsi, nella condizione esemplare ricordata, a favore del non-ricovero, più per ossequio alle ragioni di economia aziendale che non sul versante di una "prudenza" a favore del paziente. In questi casi, se tutto fila liscio, nulla accade; se, viceversa le cose vanno storte e per una concentrazione di fattori sfortunati (per il paziente in primis... ma subito dopo anche per il professionista!) accade qualcosa di nefasto, si scatena il putiferio: la stampa, l'opinione pubblica, l'ira dei parenti, l'avvio delle procedure giudiziarie. Il malcapitato, e in questo caso parlo proprio del medico, viene a trovarsi in un amen, da solo, in una situazione di seria difficoltà: dovrà rispondere oltre che alla propria coscienza, all'Amministrazione da cui dipende, direttamente o indirettamente alla stampa (immediatamente sempre poco favorevole ai medici... forse per un inconscio ossequio a Marziale!), al giudice di turno, il quale valuterà, spesso con l'ausilio di un suo consulente tecnico/perito, il buono o il cattivo operato del sanitario. È facilmente immaginabile il travaglio emotivo/affettivo che pervaderà l'animo del professionista coinvolto. Sono immaginabili, inoltre, le ripercussioni all'interno del settore operativo, quadro della vicenda. Ora, se è vero come è vero, che nella Psichiatria è avvenuta una trasformazione strutturale, ideale e funzionale, se ormai da decenni si parla di cultura di Servizio (e ben sia venuta!), se si condividono i percorsi terapeutico-riabilitativi in équipe, non si vede

perché i Grandi Registri dell'operare professionale psichiatrico non debbano essere personalmente chiamati in causa tutte le volte che, per le diverse vicende più sopra accennate, un professionista sarà chiamato a rispondere in merito alle proprie azioni professionali. In questo modo, secondo questa longitudinale prospettiva di responsabilità, singolarmente distinte, ma serialmente connesse sarà più compiutamente rispettata la valutazione delle diverse responsabilità in causa e non più semplicemente quella dell'ultimo anello di una catena. Voglio concludere dicendo che la proposta di invocare il coinvolgimento allargato nel campo della responsabilità professionale non muove da sentimenti di ostilità o rivendicatività verso chi è fuori dalla "scena primaria" dell'operare psichiatrico, ma vuole suggerire una visione più ampia al fine della comprensione degli accadimenti, infatti ritengo che la lettura di un testo sia sempre molto parziale e limitata se non strettamente connessa al contesto in cui quel testo si declina. Sarò lieto di discutere con tutti i presenti e, grazie anche ai sistemi di comunicazione telematica, utilizzando il sito dell'Ordine, con tutti quei Colleghi che oggi non sono presenti, sicuramente non per loro mancanza di interesse verso le tematiche di questo incontro. Grazie

## **Dott.ssa Nicoletta Gosio**

Mi unisco al ringraziamento in primis al Dott. Pizza per questa iniziativa molto particolare, molto coraggiosa, che ha un significato culturale profondo, ed è proprio alla dimensione culturale di questo dibattito che mi aggancio. Il mio intervento si riallaccia a quanto esposto dal Dott. Stella, ma vorrei fare una piccola premessa, in realtà la mia presenza non è dovuta a una mia specifica competenza in materia ma mi sento di rappresentare profondamente il livello operativo della psichiatria, quello più strettamente a contatto con i problemi pratici che si affrontano nell'attività quotidiana dell'assistenza psichiatrica. In questo senso riprendo l'appello che il Dott. Stella e il Dott. Abbati hanno fatto sul significato di questi incontri, e vorrei sottolineare che questo di oggi vuole essere il primo di una serie d'incontri dove l'auspicio è di ritrovarsi tutti insieme a lavorare in un percorso che è appunto un "work in progress" di cui quella di oggi può essere considerata la prima tappa, e all'interno del quale la voce di ciascuno di noi, che i membri della commissione tentano di rappresentare, è importante che emerga. In questa ottica cercherò di declinare in termini molto pratici e concreti la problematica che è stata posta dal Dott. Stella. Quando noi parliamo di contesto in psichiatria sappiamo che parliamo innanzitutto di un contesto culturale. Anche se non è possibile affrontare compiutamente questo tema, sappiamo che l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica è sempre in un certo senso in crisi, e forse non può essere altrimenti perché rappresenta un lavoro di costante e difficile definizione e ri-definizione del nostro ruolo e della mission che siamo chiamati a espletare. Se parliamo della mission in termini generici è ovviamente apparentemente semplice definirla: è il compito di prevenzione, è il compito di cura, è il compito di riabilitazione, ma in realtà sono parole complesse. La definizione stessa di malattia mentale e di salute mentale implica concezioni e modelli differenti e fortemente interrelati a quelle che sono le coordinate e le variabili in cui si sviluppano e si collocano, quello che definiva prima il Dott. Stella il contesto, un contesto che allargherei al di là dell'azienda, al di là della rete dei servizi stessi, fino a una di-

mensione culturale, a una dimensione dove un discorso di politica sanitaria risponde non solo a logiche economiche ma anche a idee e principi in continua trasformazione con i quali il ruolo della psichiatria non può evitare di confrontarsi. Non possiamo parlare qui, oggi, di questi presupposti, ovviamente mi limito quindi a un livello evocativo al quale peraltro siamo tutti sensibili, però vale la pena citare alcune variabili in gioco, nel tentativo di rendere più tangibile la problematica che affrontiamo e i termini in cui noi concretamente la viviamo. Il punto nodale che è stato toccato dal Dott. Stella è senz'altro quel rapporto tra dimensione sanitaria e dimensione sociale della malattia e arrivo a dire che l'intersezione tra aspetti più strettamente clinici e sociali è da sempre il terreno di maggiore problematicità della nostra attività, ma ci sono altre aree, altre dimensioni, altre variabili che oggi come oggi contribuiscono pesantemente ad aggravare questa problematicità. Mi riferisco da un lato a un cambiamento culturale profondo che investe tutto l'ambito della medicina e riguarda il rapporto tra la domanda e l'aspettativa: la sanità si è certamente evoluta, sia la sanità in generale che anche la psichiatria, che in questi anni ha dato risposte a bisogni differenti, ampliando i propri servizi e le proprie potenzialità, ma sappiamo tutti che questo aumento dell'offerta comporta una spirale ascendente di incremento della richiesta, sappiamo però anche che l'incremento della richiesta si accompagna oggi a un incremento delle aspettative e quindi anche a una sorta, il giudice me lo consentirà, di aspettativa a volte anche un po' rancorosa di garanzia dell'operato medico che diventa difficile sostenere. Il cambiamento della domanda in psichiatria non si riferisce però soltanto a questa generica aspettativa ma anche alla trasformazione importante dell'utenza con cui i servizi e la cultura psichiatrica si stanno faticosamente confrontando. Pensiamo ad esempio alle fasce di anziani deboli con tutto l'intreccio delle problematiche sanitarie-sociali, ma ancor più al problema dell'abuso di sostanze, al problema dei disturbi della personalità e del "comportamento" e quindi a una crescente difficoltà a definire sia che cosa è un paziente grave che lo scopo, le potenzialità, e i limiti, dell'intervento dello psichiatra, su quali aspetti possa incidere, di cosa possa egli farsi realmente carico, essere responsabile. Sintetizzo con parole che sento mie ma che non ho pronunciato io, riprese da un articolo apparso su "Psichiatria di Comunità" nel dicembre 2008 che ha suscitato molto consensi dove l'autore scrive "...noi psichiatri siamo in balia del problema della responsabilità sia del contesto sociale che della disciplina psichiatrica stessa, ma siamo in balia di questa duplice responsabilità di fronte alla quale ci troviamo sempre di più con un mandato di tipo gestionale. L'importante in psichiatria è sempre di più fare e fare in fretta perdendo di vista il senso del trattamento, siamo sempre più soli in un affanno interventista, in una presunzione di efficacia ed efficienza del singolo episodio di cura", in uno snodo, dico io, difficile, tra quelle che sono le scelte, le problematiche, le decisioni che vengono prese a livello organizzativo e che impostano l'attività e quello che è appunto il livello della pratica clinica quotidiana in cui tutti noi siamo immersi. Le scelte terapeutiche avvengono nel contesto dell'assetto organizzativo e delle linee programmatiche definite molto al di sopra, spesso anche senza un coinvolgimento diretto, di chi poi le deve mettere in atto, del professionista che si trova a risponderne poi individualmente. Tre esempi tratti dalla pratica clinica possono chiarire che cosa intendo dire. Partiamo dalla condizione del servizio di guardia festiva e notturna, dove la disponibilità dei posti letto è

determinante per lo svolgimento del proprio lavoro. La guardia è di per sé uno dei momenti più delicati e sovente difficile da gestire in virtù di tanti fattori, spesso ci si trova di fronte a richieste improprie e peraltro viceversa capita di trovarsi nelle condizioni di non poter dare risposte adeguate a situazioni complesse o potenzialmente a rischio, per indisponibilità dei mezzi, degli strumenti in quel caso rappresentati principalmente da un posto letto. Siamo tutti in un qualche modo abituati ad arrangiarci, magari pregando che la notte passi in fretta e che si scampi il pericolo delle conseguenze di scelte fatte appunto in una condizione fortemente condizionata dalle politiche sanitarie. Scelte e impostazioni, come la dotazione di posti letto, che sono a volte anche in contrasto con le richieste dei medici stessi, che rispondono più a ideologie o a logiche economiche. Può allora accadere che lo psichiatra ritenga che ci sia la necessità di un ricovero e, in mancanza di posti-letto, cercare presso altre sedi, dove la disponibilità è al massimo per un TSO, ma non è detto che una situazione grave coincida con l'adozione di un trattamento sanitario obbligatorio. Viceversa ci si può trovare nella condizione di una richiesta pressante ma che in un qualche modo si valuta impropria, situazione rispetto alla quale qualche anno fa molti di noi, ragionando su parametri clinici, si sarebbero assunti la responsabilità di rinviare a casa, ma che oggi, in un clima che comporta uno stile di lavoro più difensivo della propria integrità porta ad accogliere pur di non correre il rischio di... Questo è essere tra l'incudine e il martello, condizione drammatica perché incide pesantemente anche sulla qualità dei nostri interventi. Solo in un contesto di solidarietà e solidità culturale, d'intesa, è possibile ampliare anche il nostro livello di assunzione e di responsabilità, in un contesto invece in qualche modo così facilmente confuso con l'esecuzione tecnica materiale di una prestazione questo diventa molto più arduo. Potrei fare altri esempi, come parlare del numero di pazienti seguiti da ciascuno psichiatria nel servizio; forse la magistratura quando succede qualcosa ha bisogno di elementi molto concreti, molto materiali, quante volte quel paziente è stato visto, che tipo di interventi sono stati fatti, però tutto questo si confronta con una dimensione molto più vasta di lavoro dove anche queste singoli variabili sono inevitabilmente influenzate dalla quantità e dall'assetto lavorativo generale. Terzo e ultimo esempio è quello delle decisioni rispetto all'inserimento o meno in comunità di un paziente e la scelta del tipo di comunità; lo psichiatra che segue quel paziente è responsabile in prima persona di ciò che poi accade, ma le decisioni, anche qui, difficilmente sono prese in prima persona. Grazie

## **Dott. Paolo Baroncini**

Buongiorno a tutti.

Premessa è che difficilmente al giorno d'oggi il medico si trova ad operare in totale isolamento e solitudine all'interno di un rapporto esclusivo fra lui ed il paziente. Ormai l'agire medico (anche nello stretto rapporto libero-professionale all'interno del proprio studio privato) è immerso in una rete di interfacce operative in cui il rapporto medico-paziente (volenti o no) è solo una parte di quel tutto. È conseguente quindi che un corretto operare del medico con quel paziente non possa prescindere da una attenzione al sistema nel suo complesso.

Gli attuali sistemi di qualità e di accreditamento di cui quasi tutte le organizzazioni sa-

nitarie si stanno ormai dotando, anche dietro precisa indicazione delle Regioni, hanno definito con chiarezza quali sono le aree di questo sistema di cura allargato, anche individuandone all'interno i punti critici e gli elementi imprescindibili per un corretto operare. Ad esempio:

- 1) il medico (con la sua arte, la sua formazione, la sua etica, i suoi doveri...);
- 2) il paziente;
- 3) i famigliari del paziente;
- 4) gli eventuali altri colleghi o Servizi coinvolti;
- 5) l'équipe, sempre di più intesa come "équipe allargata", non cioè solo composta dalle figure mediche, ma anche dagli psicologi, dagli infermieri, dagli educatori, dagli OSS...;
- 6) il contesto strutturale di cura (inteso proprio come il luogo fisico in cui si svolge la cura, quindi gli apparati logistici);
- 7) le attrezzature utilizzate e in dotazione (la loro manutenzione, il loro uso...);
- 8) gli eventuali istituti giuridici coinvolti (con le specifiche norme, i provvedimenti, i loro rappresentanti giuridici);
- 9) l'organizzazione aziendale (con i suoi mandati, i suoi obiettivi, i suoi costi da rispettare...);

Ed hanno definito anche i principali strumenti di interazione con tali aree che sono a disposizione del professionista:

- 1) le linee guida diagnostiche e terapeutiche (che vanno scelte, condivise, espresse, applicate, verificate);
- 2) la cartella clinica (che prevede precisi campi e modalità di compilazione, conservazione...);
- 3) il consenso informato (che può essere allargato, deve essere valido, revocabile...);
- 4) l'informazione dovuta (ai parenti, ai colleghi, che deve essere autorizzata, oppure negata...);
- 5) la tutela della privacy, la gestione del dato sensibile;
- 6) la formazione (che deve essere costante, verificabile, accreditata, istituzionale - vedi l'ECM...);
- 7) le riunioni d'équipe (che devono essere periodiche, documentate...);
- 8) i protocolli (che definiscono i rapporti con gli altri Enti/collegli/Servizi...);
- 9) la gestione dei farmaci;
- 10) la gestione delle emergenze ambientali;
- 11) la gestione dell'emergenza clinica;
- 12) la gestione degli infortuni;
- 13) gli indicatori di controllo e gli eventi sentinella (che rappresentano il vero e proprio "sistema di controllo preventivo");
- 14) le azioni correttive (le cd "azioni di miglioramento") e tanti altri ancora.

Di ognuno di tali strumenti ne vengono inoltre definiti i momenti e le modalità di verifica e di controllo (ovviamente sempre nel rispetto dell'autonomia terapeutica del medico).

E così ad esempio nel campo della Psichiatria vengono declinati i tempi entro cui si devono informare circa le condizioni di salute del paziente i famigliari o i Servizi, o le forme del diritto del diniego di tale informazione per precisa volontà del paziente, o le

modalità di contenzione di un paziente agitato, o le modalità per ottenere un valido consenso informato, e così via.

Concetto chiave di tali sistemi è certamente quello di dare evidenza di ogni atto. Non è più infatti ormai sufficiente l'agire, è necessario darne sempre evidenza e secondo precise modalità. Attualmente il tutto sembra però avere più una valenza burocratico-amministrativa che giuridica.

In quanto però sappiamo tutti che il Magistrato giudica su atti, appare logico pensare che tali sistemi potrebbero rappresentare un grande aiuto per il medico di fronte a controversie medico-legali, anche per il libero-professionista all'interno del suo studio qualora le applicasse.

Sempre più spesso infatti (ovviamente non solo in ambito medico), l'errore è causato non da un singolo errore del singolo professionista, ma da un susseguirsi di eventi, coinvolgenti più figure professionali, che alla fine portano a quell'errore. Quindi sempre più spesso l'errore è un errore di procedura, di sistema.

1) Attenersi a procedure il più possibile standardizzate, dettagliate e preventivamente redatte da organi più o meno istituzionali (quali gli enti di certificazione della qualità, le Aziende USL, le Regioni e quali appunto quelle di cui siamo ormai sommersi, almeno noi operatori che lavoriamo con il Servizio Pubblico), può essere da parte del magistrato valutato come "buona pratica" e quindi esentare da possibili responsabilità il singolo professionista qualora si dimostrasse che sono state correttamente applicate?

2) Se sì, tali procedure come dovrebbero essere costruite o validate dagli Enti Istituzionali affinché abbiano un effettivo valore giuridico? Potrebbe cioè essere utile che ad esempio anche l'Ordine dei Medici ne producesse di sue per poterne così aumentare l'efficacia giuridica?

3) O invece, dall'altra parte, non potrebbe paradossalmente un eccessivo procedere e dettagliare "cosa e come si deve fare" aumentare il rischio di sbagliare togliendo all'operare medico (specialmente in psichiatria) quel "calore" e quella "vicinanza" così tanto necessari a creare quell'empatia con il paziente, tanto utile ad esempio al fine di farcene percepire il rischio di agiti auto od eterolesivi?

Questi i quesiti e rimando alla discussione le riflessioni in merito. Vi ringrazio per l'attenzione.

## **Dott. Euro Pozzi**

In questi appunti sono enunciate alcune questioni in tema di responsabilità medica aperte da alcune recenti sentenze sulle quali, io ritengo, lei possa dare il suo autorevole contributo alla nostra Commissione sul tema della "Responsabilità medica in Psichiatria".

La posizione di garanzia e come le recenti sentenze hanno sviluppato tale concetto in ambito psichiatrico (ma non solo psichiatrico).

Il passaggio giudiziario della responsabilità penale del medico curante nell'omicidio commesso dolosamente dal paziente è stato reso possibile utilizzando il concetto di "posizione di garanzia". Le motivazioni delle sentenze di primo e di secondo grado sono chiarissime: nel momento in cui il paziente è riconosciuto non imputabile lo psichiatra diviene direttamente responsabile delle azioni del paziente in quanto il profes-

sionista riveste, nella propria funzione, una “posizione di garanzia” verso terzi, ovvero verso la collettività (art. 40 c.p., com. 2°).

Il punto è nodale. Dal testo delle prime due sentenze si evince che non si tratta della fondamentale tutela del diritto alla salute del paziente, ma anche dei diritti della società ad essere difesa, ovvero ad essere garantita dai comportamenti dei malati di mente. Si vedrà successivamente come la Sentenza della Cassazione sovverta proprio quest'impostazione.

Due parole sulla posizione di garanzia perché non tutti i colleghi hanno dimestichezza con questi concetti.

La “posizione di garanzia” appartiene ai reati omissivi impropri. In questa categoria di reati il problema non consiste nell'aver fatto qualche cosa, ma nel non avere fatto qualche cosa che si era tenuti a fare. In sostanza, il reato consiste nel non avere impedito un fatto che si aveva l'obbligo di impedire e, per il diritto, il non impedire equivale a cagionare.

La “posizione di garanzia” (art. 40 c.p.) si manifesta in due forme differenti: le posizioni di protezione e quelle di controllo.

- Le posizioni di protezione vedono il garante obbligato ad evitare pericoli provenienti da terzi nei confronti del bene giuridico sotto la sua protezione;
- Le posizioni di controllo pretendono dal garante obbligato un costante controllo sul bene, o su una determinata fonte di pericolo, al fine di evitare che proprio terzi vengano messi in pericolo dal bene stesso.

Per comprendere meglio la posizione di protezione possiamo immaginare la condizione in cui si trova un bambino in un contesto come la scuola materna o, ancor più tipico, un paziente in anestesia sottoposto a intervento chirurgico, entrambi vanno protetti da pericoli esterni.

Mentre per le posizioni di controllo possiamo immaginarci come bene protetto un macchinario che, se non è sottoposto alla dovuta manutenzione o aggiornato secondo le normative della sicurezza, può diventare fonte di pericolo per i lavoratori.

Nello stesso dettato è presente un unico concetto sotto prospettive opposte: nella prima è il bene ad essere esposto a potenziali pericoli, nella seconda è il bene stesso che può essere causa di pericolo e danno verso terzi. Nel primo caso bisogna difendere il bene dagli altri, nel secondo caso bisogna difendere gli altri dal bene.

Sono titolari della “posizione di garanzia” solo determinati soggetti che in virtù di una certa funzione (insegnanti, medici, operatori sanitari, datori di lavoro) operano con beni (minorenni, pazienti, dipendenti) nei confronti dei quali è necessario assicurare una tutela rafforzata perché sussiste un'incapacità, totale o parziale, del titolare di proteggere autonomamente, almeno in quel momento, i propri diritti.

Nell'ambito delle professioni mediche sino ad oggi si è sempre intesa la posizione di garanzia esclusivamente nei termini della posizione di protezione: il bene protetto è la vita e la salute del soggetto.

Dopo la prima sentenza del 2005 (Tribunale di Bologna, n° 1984, 25-II-2005), almeno per la psichiatria, le cose sono diverse dal resto della medicina e il primo Giudicante lo ha detto con chiarezza: “Non può sorgere alcuna incertezza di sorta sull'esistenza in capo al medico psichiatra (...) di un obbligo di garanzia nei confronti del malato di

mente, nella forma della posizione di controllo che impone al soggetto obbligato la neutralizzazione di determinate fonti di pericolo in modo da tutelare tutti i beni giuridici che si trovano in contatto con esse e che, per questa ragione, possono versare in una situazione di pericolo”.

Questa certezza era già ampiamente presente nei quesiti formulati dal GIP ai suoi periti: “(...) 1) Se la patologia della quale è affetto M. fosse tale da far prevedere la consumazione di fatti di violenza in danno di persone, (...) ed, in caso positivo, se il trattamento farmacologico e terapeutico prestato al medesimo M. nel periodo immediatamente precedente e concomitante ai fatti di causa fosse o meno idoneo a contenerne la pericolosità sociale”.

Il pensiero dei Magistrati è spinto da un’idea di malattia mentale semplice, precisa e probabilmente ampiamente condivisa dalla gente comune: il malato mentale è una macchina sempre potenzialmente “pericolosa” che se non riceve l’adeguata manutenzione può arrecare danni a terzi.

La manutenzione deve essere farmacologica. È quindi ben chiaro che, fino a questo punto del Processo, i Magistrati intendono per posizione di garanzia l’obbligo del controllo (dal matto) e certamente non l’obbligo di protezione (del matto).

Tutti coloro che hanno successivamente espresso pareri contrari e ben articolati sulle sentenze non hanno mai messo in discussione il concetto di posizione di garanzia, ma hanno sviluppato argomentazioni diverse. La posizione di garanzia è inattaccabile semplicemente perché si applica a tutte le professioni (e non solo a quelle, ad esempio anche a genitori che non fanno mettere a figli minorenni il casco in motorino) ed è comprensibile come sia veramente difficile sostenere che unicamente gli psichiatri dovrebbero esserne esenti! Eppure il prof. Bricola, che fu il primo teorico della Posizione di Garanzia, invitato a parlare a Convegni psichiatrici in almeno due circostanze espresse che se questo principio fosse applicato “meccanicamente” alla Psichiatria sarebbe la fine della 180! È chiaro che questo articolo esisteva nel codice penale ben prima della 180, eppure non era mai stato applicato alla psichiatria. Probabilmente ci troviamo di fronte a un segno dei tempi. È certamente vero che la Suprema Corte ha voluto con questa sentenza esprimere un ben preciso indirizzo alle decisioni dei Giudici di prime cure (vedi a questo proposito nuovamente la relazione della dott.ssa Zaccariello: la sentenza è formulata con espliciti intenti “didascalici”).

La vera impresa della Cassazione è stata riportare il tutto ad un banale caso di *malpractice*, togliendo ogni riferimento alla “pericolosità” e giocando sulle due articolazioni interne della posizione di garanzia.

La Cassazione ha letteralmente cambiato le carte in tavola, compiendo un’operazione difficile e nello stesso tempo efficacissima: ha confermato la sentenza dopo averla modificata nella sua più intima natura. I Giudici hanno tolto dalle sentenze di primo e secondo grado ogni riferimento alla pericolosità verso terzi, ovvero le argomentazioni che avevano portato all’imputazione e alla condanna, proprio quelle che mettevano in discussione il senso della 180. Anzi nelle sue motivazioni la Cassazione fa un inno alla 180 e poi i magistrati compiono un’acrobazia argomentativa trasformando l’obbligo di controllo in obbligo di protezione. Lo fanno con un semplice passaggio: con l’argomentazione che uccidere un altro è stato un danno per la salute del paziente (tant’è che è stato

ricoverato, mandato in OPG....! Sic! E poi lì è morto tre anni dopo!). Da tutta la sentenza della Cassazione la parola “pericolosità” è scomparsa. I Giudici però riconoscono che, differentemente dai due primi gradi di giudizio non si poteva fare il TSO perché non ve ne erano le condizioni di legge (ma non sarebbe bastato questo per un rinvio a giudizio?). Ma confermano la condanna, tuttavia non si accorgono che se non vi era obbligo di TSO, scompare proprio la natura “omissiva” del reato giudicato nei primi due gradi di giudizio, mentre emerge una sua nuova essenza ma di tipo “commissivo”, lo psichiatra è condannato per quello che ha fatto: avere ridotto, e poi ripristinato!, il trattamento *depot* ad un paziente (per i CTU e conseguentemente per il Giudice è completamente ininfluenza che tale rivalutazione della terapia fu fatta a fronte di marcati effetti extrapiramidali manifestati dal paziente!). Per la Cassazione i farmaci non dovevano essere ridotti, non dovevano essere ridotti in quel modo, bisognava usare altri farmaci, ecc.. Di fatto così i comportamenti del medico sono stati ricondotti nell’area della *malpractice* e della negligenza! E quindi siamo ben lontani dalle insidiose affermazioni sulla “pericolosità” del paziente contenute tanto nelle domande del P.M. quanto nelle sentenze di primo grado e di secondo grado.

Ritengo sia indispensabile riportare le precise parole con cui la Cassazione compie l’acrobazia (p. 21) “Vano sarebbe però trovare nella l. 180 una norma che confermi la tesi del ricorrente secondo cui la tutela sanitaria obbligatoria prevista dal ricordato art. 2 (vedi le tre condizioni del TSO, ovvero art. 2 comma 1°) sarebbe preordinata esclusivamente alla tutela del malato e non anche dei terzi. È vero che lo scopo primario delle cure psichiatriche è quello di eliminare o contenere la sofferenza psichica del paziente; ma quando la situazione di questi sia idonea a degenerare – anche con atti di auto o etero aggressività – il trattamento obbligatorio presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona. È del resto illusorio separare le conseguenze personali (che sole giustificerebbero il trattamento secondo il ricorrente) da quelle verso terzi: la manifestazione di violenza ed aggressività non reca danno solo al terzo aggredito ma anche all’aggressore. Emblematico è il caso che stiamo trattando: a Musiani (vittima anche lui del suo disturbo psichico) nel processo conseguente all’uccisione dell’operatore è stata applicata, a seguito del proscioglimento per mancanza di imputabilità, la misura di sicurezza del ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario; e in questa struttura contenitiva Musiani, qualche anno dopo, è deceduto. Anche nei confronti di se stesso il suo gesto omicida ha quindi avuto conseguenze personali gravissime (...).

Il paziente è diventato la prima vittima del suo crimine. In questo modo la Cassazione riesce persino ad affermare che non è stato rispettato l’articolo 32 della Costituzione: in quanto non è stato tutelato il diritto alla salute del paziente. Il paziente ha compiuto quel crimine (crimine che è il diretto prodotto comportamentale della patologia!) perché non è stato curato bene: con i farmaci giusti e con i dosaggi adeguati! In questi termini sembrerebbe che il medico abbia ucciso il paziente e non l’educatore! Ma allora non sarebbe stato più corretto parlare di lesioni personali nei confronti del paziente e non di omicidio, da parte del medico, nei confronti dell’educatore?

La ricostruzione argomentativa è, a mio modesto e sicuramente poco obiettivo giudizio, assolutamente forzata, ma difficilmente attaccabile.

Da ora in poi se ad un tragico fatto di cronaca partecipa un tale in cura da uno psichiatra al Magistrato scrupoloso deve sorgere un legittimo dubbio: forse è stato curato male! La malattia se è curata male può uccidere. Si è così affermato un principio semplice, condivisibile dal buon senso comune e inattaccabile.

Solo per fare un piccolo esempio. Nei mesi scorsi dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna del Ministero di Giustizia un Magistrato di sorveglianza mi ha fatto pervenire, per mano della sua Assistente Sociale, la specifica richiesta di riferire se il paziente che io avevo in cura, e che si trovava in condizioni di libertà vigilata in seguito ad una pena per molestie, circa "...l'adesione alla terapia farmacologica e la conseguente azione sulle capacità di controllo del soggetto"! Sempre per lo stesso caso in data 5/8/2008 (in seguito ad un alterco tra il giovane e la convivente) fui esortato a che "L'affidato debba essere sottoposto a maggior controllo farmacologico al fine di ridurre il rischio del verificarsi di eventuali/futuri episodi di perdita di controllo." Così vanno i tempi!

In sintesi.

Cosa dicono in fin dei conti le ultime due sentenze: affermano che i comportamenti auto/eterolesivi del paziente sono il prodotto diretto della malattia mentale. In questa prospettiva l'eziologia del comportamento/reato è interamente riconducibile alla malattia mentale. Una volta affermato questo con certezza ne deriva che lo psichiatra ha il dovere di evitarlo (vedi art. 40 c.p.: non evitare un fatto che si ha l'obbligo di evitare equivale cagionarlo). Prudenza e perizia impongono due cose: abbondanti farmaci e costante sorveglianza... tutto questo solo per la salute e il bene del paziente (vedi Cassazione!). Ma dove va a finire la conoscenza scientifica maturata in questi anni sugli psicofarmaci, sulle loro effettive capacità di aiuto e di cura e soprattutto anche sui gravi effetti collaterali che possono produrre?

Ma se questa semplice relazione lineare sopra delineata non è in alcun modo confutabile noi psichiatri siamo tutti costantemente e direttamente responsabili dei comportamenti dei nostri pazienti: ovvero rispetto ai loro comportamenti siamo sempre e pienamente all'interno della "responsabilità medica".

Dal punto di vista strettamente Giuridico come è confutabile questa linea d'impostazione? Una considerazione a parte sulla "pericolosità". Nella sentenza della Cassazione non si fa più alcun riferimento a tale categoria, ma non essendoci stato alcun rinvio a giudizio, le affermazioni sulla pericolosità contenute negli altri due gradi di Giudizio sono confermate, pertanto faranno da riferimento per tutta la Giurisprudenza a venire. Occorre allora soffermarsi sulla categoria della "Pericolosità". Perché i Magistrati si chiedono questo mentre gli psichiatri non se ne occupano?

La "pericolosità" non è una malattia e non è in alcun modo una categoria diagnostica né della medicina, né tanto meno della Psichiatria. Si tratta di una categoria del giudizio che si basa sull'osservazione di un comportamento attuale e in cui si esprime un'ipotesi di tipo previsivo su un comportamento futuro. Come tale la constatazione di comportamenti "pericolosi" può essere fatta da chiunque e non è certo attribuibile specificamente alla professione psichiatrica.

Dalle affermazioni dei Giudici sembra che la pericolosità riguardi specificamente gli psichiatri nella loro routine lavorativa. Allora i casi sono due: o riguarda ancora gli psichiatri solo perché è un retaggio del passato (pre 180), ovvero dello stigma che accom-

pagna tuttora la malattia mentale; oppure, secondo caso, potrebbe riguardare gli psichiatri ma solo nel caso in cui fosse accertato che i pazienti psichiatrici compiono reati più frequentemente dei così detti sani. Nel caso in cui questa correlazione, negata da tutti gli studi, fosse verificata da più recenti ricerche si imporrebbe per lo psichiatra, proprio nell'ambito della responsabilità medica, una valutazione di tale parametro in tutti i pazienti psichiatrici in carico presso i Servizi (e non solo presso quelli pubblici). Ma in ogni caso si tratterebbe di un parametro e mai di una diagnosi. In sostanza si tratterebbe, un po' come nel caso di un paziente con problemi cardio-circolatori in cui occorre eseguire di routine una valutazione dell'ECG, del colesterolo, dei trigliceridi, ecc., di eseguire un monitoraggio della "pericolosità". Mi rendo ben conto della preoccupante estremizzazione a cui conduco il mio ragionamento ma ritengo sia necessario affrontare il problema in termini logico-scientifici.

Fermo restando la necessità da parte di noi psichiatri di verificare le più aggiornate evidenze scientifiche in tal senso, si chiede al Giurista: è corretta quest'impostazione? O, come mi sembra, al di là della questione psichiatrica si solleva un enorme problema nell'ambito dei diritti della persona?

### **Avv. Alberto Santoli**

Lo scopo di questo intervento è, in primo luogo, quello di mettere in evidenza i profili di rilievo deontologico che possono essere interessati dall'attività psichiatrica e che possono pertanto dar corso a valutazioni di carattere disciplinare.

Questa analisi risente, da un lato, della mancanza di norme specificamente dedicate a questo settore della medicina, ma anche, dall'altro lato, della peculiarità dell'attività psichiatrica.

Deve notarsi come, a differenza di quanto avviene per altre branche della medicina (come la medicina legale e quella sportiva) manchino disposizioni appositamente dettate per sancire specifici contegni deontologici da seguirsi nelle problematiche particolarmente critiche che l'agire psichiatrico può incontrare.

Ciò non significa evidentemente che lo psichiatra, diversamente da altri sanitari, sia svincolato dagli obblighi deontologici e quindi sottratto alla valutazione disciplinare, ma, più semplicemente, che le norme di condotta genericamente dettate dal codice deontologico per tutta la categoria dovranno essere interpretate con un'ottica peculiare ed attenta alle condizioni particolari del paziente psichiatrico e del rapporto che esso instaura con il medico.

Un rapido excursus del codice deontologico può comunque portarci ad isolare alcune norme che, per il loro contenuto o per l'ambito cui afferiscono, appaiono maggiormente rilevanti rispetto all'agire psichiatrico.

In primo luogo appare quanto mai opportuno citare il secondo comma dell'art. 3, ai sensi del quale "la salute" deve essere intesa "nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona"; si tratta di una affermazione che riconosce una indubbia rilevanza all'attività psichiatrica, ponendola giustamente sullo stesso piano di ogni altra cura e terapia rivolta al benessere fisico della persona.

Procedendo dal generale verso il particolare, non può non citarsi l'art. 32, dedicato ai

doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili, tra i quali possono sicuramente annoverarsi i pazienti psichiatrici.

Per questi ultimi si chiede allo psichiatra un'attenzione particolare, anche rispetto al contesto nel quale vivono o sono ricoverati, per garantire loro qualità e dignità di vita, anche qualora lo stato di diminuita o limitata capacità non sia stato accertato e dichiarato o laddove il loro legale rappresentante si opponga ingiustificatamente alla somministrazione di cure necessarie.

In quest'ultimo caso lo psichiatra è chiamato ad attivarsi segnalando la situazione all'autorità giudiziaria competente, così come in caso di mancata prestazione del consenso alle cure da parte del legale rappresentante.

L'aspetto più problematico dell'attività dello psichiatra viene tuttavia messa in evidenza da due norme in particolare:

- l'art. 27 relativo alla libera scelta del medico e del luogo di cura;
- l'art 35 attinente il tema del consenso e delle modalità della sua corretta acquisizione dal paziente.

Si tratta di due fasi molto delicate del rapporto tra medico e paziente in quanto coinvolgono il rapporto di fiducia tra i medesimi intercorrente.

Il paziente deve essere lasciato libero di scegliere il proprio medico ed il luogo di cura in quanto solo tale libertà garantisce il corretto instaurarsi del rapporto con il sanitario.

Parimenti il paziente deve essere correttamente e compiutamente informato circa gli accertamenti diagnostici, i trattamenti e le cure ai quali sarà sottoposto, non potendo – in mancanza – esprimere validamente il proprio consenso.

Nell'affrontare questi due aspetti lo psichiatra si troverà a dover superare un ostacolo e delle difficoltà che normalmente non si pongono per gli altri medici e che sono determinati dalla particolarità dei pazienti con cui si trova ad avere a che fare.

Non che una simile situazione non possa presentarsi anche in altri settori della medicina, ma è innegabile che costituisca una evenienza assai più frequente in ambito psichiatrico quella di trovarsi di fronte a pazienti per i quali possa dubitarsi del pieno possesso della capacità di intendere e di volere.

Nei casi in cui l'assenza di tale capacità non sia stata certificata e dichiarata, lo psichiatra (o il medico in generale) si troverà dunque ad affrontare una ulteriore difficoltà consistente nel determinare quale condotta tenere nei confronti del paziente e, in particolare, quale rilievo riconoscere alle manifestazioni del consenso dal medesimo prestate.

Rispetto a tale problematica il codice deontologico non fornisce regole certe di condotta, se non, in materia di consenso, la prescrizione dettata dall'ultimo comma dell'art. 35 il quale letteralmente dispone che il medico debba intervenire “in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente”.

Si chiede quindi allo psichiatra un giudizio ponderato sulle capacità del paziente, affidando alla sua “scienza e coscienza” l'onere di decidere, in mancanza di tutori, amministratori di sostegno o di altre figure di responsabilità, circa l'opportunità di mettere in atto determinate terapie, per il bene del paziente e della collettività, anche in assenza di una piena consapevolezza da parte del destinatario delle cure.

La salute dell'interessato e la tutela dell'interesse pubblico, possono quindi indurre lo psichiatra a dover assumere decisioni anche in contrasto con la volontà del paziente: tuttavia si tratta di un contrasto soltanto apparente, dato che le determinazioni di quest'ultimo possono non risultare lucide e coscientemente assunte.

Nel rapportarsi a pazienti così problematici lo psichiatra si troverà pertanto – lo abbiamo visto, toccato con mano e trattato nel corso dei vari interventi ed apporti succedutisi – molto spesso in bilico tra l'esigenza di non imporsi in modo troppo invasivo nei confronti del soggetto in cura e la necessità di non far mancare il proprio intervento.

Una valutazione non corretta di questo delicato contrasto di interessi può portare a condotte del paziente auto o eterolesive che possono rivelarsi particolarmente pericolose non solo per la salute del paziente, ma anche per quella di soggetti terzi che con il medesimo vengano in contatto.

Qualora tale eventualità si verificasse sarebbe assai difficile l'individuazione di una responsabilità disciplinare, proprio perché risulterebbe arduo ricostruire a posteriori il modello deontologicamente corretto di condotta che il sanitario avrebbe dovuto tenere. Un comportamento auto o etero lesivo del paziente può porre il problema se vi sia una qualche riferibilità consequenziale ad un errore diagnostico o terapeutico dello psichiatra.

Per questo motivo l'attività di accertamento alla quale sono chiamate sia l'autorità ordinistica che il Giudice penale, si presenta particolarmente complicata.

Proprio prendendo spunto da questa difficoltà, si vuole in questa sede stimolare una riflessione in merito al rapporto che esiste e quello che dovrebbe invece auspicabilmente esistere tra l'esercizio dell'azione disciplinare affidata all'Ordine Professionale, da un lato, e l'azione penale di competenza della giurisdizione ordinaria.

I rapporti tra i due giudizi risultano attualmente di fatto configurabili come percorsi paralleli posti su piani distinti e tra i quali esiste una influenza unidirezionale delle risultanze penali nei confronti del procedimento disciplinare.

Quest'ultimo appare sottordinato nel momento in cui deve fare i conti sulla necessità di sospensione dovuta alla pregiudizialità penale sul fatto, e risulta del tutto assente un dialogo e scambio di informazioni in senso inverso che in realtà non risulta affatto impedita dal normativo, ma unicamente non percorsa fino in fondo dai rispettivi organismi istituzionali, che troppo spesso risultano forse compresi e compressi nei loro rispettivi ruoli di una separatezza che potrebbe apparire istintualmente ovvia, ma che tale – a ben vedere e proprio a livello normativo – non è.

Si crede infatti che non sia solo un caso ed un dato puramente formale il fatto che dell'inizio del procedimento disciplinare si debba dare comunicazione al Procuratore della Repubblica; che non sia solo un caso ed un dato puramente formale il fatto che alla Procura della Repubblica debba comunicarsene anche l'esito e l'applicazione delle relative sanzioni e che infine non sia solo un dato formale che il Procuratore della Repubblica possa sollecitare la potestà disciplinare dell'Ordine, allorquando risulti esercitata.

Il Legislatore ha dato una traccia ed ha delineato un collegamento che non si crede debba essere confinato nel puro "postale", ma che può – senza azzardo alcuno – intravedersi come collaborativo nel pubblico interesse che è anche quello della giustizia, nell'av-

valimento di un apporto consultivo che in fase di indagine è difficile affermarsene la nocività, atteso che fonda le proprie radici in una collegiale espressione di competenze formativo-settoriale dello specifico mondo sanitario.

Così è che potrebbero ben operarsi riflessioni propositive che possano essere da stimolo ad una diversa e maggiore considerazione delle risultanze della valutazione disciplinare, cioè del giudizio dei pari, all'interno del percorso parallelo dell'accertamento dei possibili profili di responsabilità penale del medico compiuto dalla giurisdizione ordinaria.

Si tratta di un tema particolarmente rilevante in un settore delicato quale quello della medicina psichiatrica che, come visto, presenta momenti di particolare criticità sul piano deontologico, ma che potrebbe essere esteso ad ogni settore dell'agire medico.

Per comprendere meglio i limiti dell'attuale assetto dei rapporti tra i due percorsi paralleli ed i benefici che una nuova definizione di quel rapporto di interscambio potrebbe generale, occorre prendere le mosse da una considerazione di fondo.

La condotta di un medico, psichiatra o meno, può rilevare sotto diversi profili.

Vi sono casi nei quali l'attività posta in essere da un medico configura ipotesi di illecito disciplinare, in quanto assunta in violazione di disposizioni o principi deontologici, ma non prefigura la violazione di alcuna norma di legge penale: avremo in questo caso un giudizio da parte dell'Ordine di appartenenza del sanitario al termine del quale potrà essere irrogata una sanzione che va dal semplice avvertimento sino alla sospensione e – nei casi più gravi – alla radiazione, ma nessuna sanzione giurisdizionale, nessuna pena irrogata dal Giudice penale.

In altri casi invece, la medesima condotta tenuta da un medico può rilevare, oltre che sul piano deontologico, anche su quello penale, può cioè costituire una violazione delle norme di condotta dettate dal legislatore ed assistite dall'irrogazione di una sanzione che va dalla pena pecuniaria alla misura restrittiva della libertà personale del soggetto riconosciuto colpevole.

Sono queste le ipotesi nelle quali si dipanano quei due percorsi paralleli ai quali accennavo; orbene, mentre l'approdo finale dei due percorsi può essere diverso, sia perché una condotta può risultare sanzionabile solo disciplinarmente e non assumere rilevanza penale, ma anche e soprattutto in quanto sono diverse (per tipologia ed effetto) le sanzioni irrogabili, l'approccio iniziale di queste due giurisdizioni (quella domestica esercitata dall'ordine e quella ordinaria affidata ai magistrati penali) prende in entrambi i casi le mosse da un accertamento delle circostanze di fatto della fattispecie.

In altre parole, sia il pubblico ministero incaricato di svolgere le indagini (o il magistrato successivamente incaricato di vagliare le risultanze emerse) che gli organi disciplinari dell'Ordine, hanno come primo obiettivo quello di ricostruire la condotta, cioè i fatti ed il contesto nei quali gli stessi si sono verificati.

Mentre le valutazioni potranno divergere e non portare ad un provvedimento sanzionatorio in entrambe le sedi, questa prima fase di accertamento, avendo ad oggetto il medesimo fatto e le stesse circostanze, potrebbero – e non tanto incidentalmente – convergere e magari portare all'acquisizione di elementi coincidenti o quantomeno concordanti.

Il collegio giudicante in sede disciplinare nel necessario ed autonomo vaglio della con-

dotta del medico, anche sul piano tecnico e professionale ha certamente a disposizione gli strumenti cognitivi necessari per poterne verificare la fondatezza e la correttezza anche nel merito e ben può dar corso a indagini approfondite, anche a livello e contenuto tecnico-valutativo specifico.

Non a caso si parla di giudizi dei pari.

Non a caso il Legislatore civile, in questi tempi, si è accorto – sotto similari aspetti – come possa ricorrere e favorire un intervento collaborativo degli Ordini professionali nelle vertenze di settore, nei loro momenti genetici, al fine di tentare una operazione deflattiva basata sui organismi di conciliazione, quei collegi che peraltro quest’Ordine ha cercato da tempo autonomamente di assicurare e promuovere nella disponibilità della cittadinanza.

Ecco che allora appare come uno spreco di risorse e di conoscenze il dover circoscrivere all’interno del procedimento disciplinare le risultanze e gli accertamenti che potrebbero essere compiuti con particolare competenza ed efficacia dall’organo ordinistico.

E ancor più incongruo appare tale stato di cose se si considera che lo stesso Ordine dovrebbe, ai sensi di legge, risultare vincolato nel proprio giudizio dagli accertamenti eseguiti nella diversa sede penale.

Senza volersi dilungare in questa sede in un’analisi del dato giuridico, deve necessariamente richiamarsi quanto disposto da due norme di fondamentale importanza, la prima delle quali già contenuta nel D.P.R. 221/50, cioè il regolamento di esecuzione della normativa istitutiva di questo ordine professionale.

In particolare l’art. 44 esclude l’assoggettabilità a procedimento disciplinare del sanitario che, all’esito del giudizio penale sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso.

Ancor più incisivo si dimostra il disposto dell’art. 653 del c.p.p., così come risultante dalle modificazioni apportate dalla legge n. 97 del 2001: ai sensi di tale norma le sentenze penali irrevocabili di condanna o di assoluzione hanno efficacia di giudicato nel giudizio disciplinare, dunque ne vincolano gli esiti, non solo con riferimento al verificarsi del fatto ed alla sua riconducibilità al sanitario imputato, ma anche rispetto alla rilevanza penale del fatto.

Applicando alla lettera tale disposizione l’organo disciplinare ordinistico dovrebbe abdicare al proprio potere sanzionatorio qualora dal procedimento penale emergesse che la condotta del sanitario non costituisce illecito penale, cioè non configura alcuna fattispecie di reato.

Si tratta di una interpretazione eccessivamente rigorosa che non tiene affatto conto dell’autonomia dei due giudizi e delle diverse finalità che essi perseguono.

Ma ciò che più conta è che questo limite, questa incidenza così penetrante è soltanto apparente: a ben vedere infatti una pronuncia che dichiarasse la condotta di un sanitario come irrilevante sul piano penale, non precluderebbe da parte dell’Ordine di appartenenza la irrogazione di una sanzione disciplinare, in quanto il comportamento del medico potrebbe comunque presentare profili, non tenuti in considerazione dal giudice penale in quanto non configurabili neppure in astratto una fattispecie di reato, ma che possono invece presentarsi come deontologicamente scorretti o inopportuni.

Il medesimo ragionamento potrebbe essere svolto con riferimento agli accertamenti

effettuati in sede penale in ordine alla commissione del fatto ed alla riconducibilità dello stesso al sanitario imputato: anche in questi casi un'eventuale pronuncia assolutoria da parte del Giudice penale non escluderebbe un'azione disciplinare, in quanto l'Ordine, avendo quale parametro le norme deontologiche, potrebbe comunque ravvisare una distinta responsabilità del medico per altri fatti a lui ascrivibili, rimasti estranei all'accertamento in sede penale.

Del resto se non si accogliesse questa seconda e più ragionata interpretazione della norma, si finirebbe per escludere in radice l'operatività del giudice disciplinare in tutte le ipotesi in cui una condotta non configura reato.

Assumendo questo diverso punto di vista, il rapporto tra i due percorsi paralleli dell'azione penale e dell'azione disciplinare, appare assai più equilibrato e suscettibile di accogliere momenti ed occasioni di interscambio bidirezionale, consentendo di valorizzare l'attività considerativa istruttoria e di accertamento realizzata dall'Ordine professionale riconoscendole una utilità di riferimento in sede di indagine.

Una canale di dialogo come abbiamo visto già esiste: l'Ordine è infatti tenuto a dare comunicazione al Procuratore della Repubblica territorialmente competente circa l'inizio e gli esiti del procedimento disciplinare, mentre quest'ultimo è chiamato a formulare una sorta di imputazione coatta nel caso di inerzia da parte dell'Ordine.

Si tratta di mantenere aperto questo canale di dialogo anche nel corso dei due procedimenti di accertamento, mettendo così a disposizione del Giudice penale le risultanze emerse nel corso dell'istruttoria condotta dall'organo disciplinare ordinistico che potrà anche essere considerato neutro, ma difficilmente dannoso.

Questa auspicabile osmosi non costa nulla e non potrebbe che giovare sia ai fini della completezza dell'accertamento che nell'ottica di evitare valutazioni contrastanti nelle due sedi in merito alle circostanze di fatto.

Occorre comunque considerare la nuova formulazione dell'art. 653 c.p.p., alla quale si faceva poc'anzi cenno, comporterebbe un effetto così incisivo delle risultanze penali sul procedimento deontologico da rendere necessaria una sospensione del secondo sino alla definitiva acquisizione delle prime, dunque sino all'esito del processo penale.

Nonostante la Commissione Centrale abbia mantenuto nelle proprie pronunce un atteggiamento più possibilista, considerando questa sospensione come una mera discrezionalità affidata all'organo disciplinare, e nonostante, come già accennato, l'esistenza di una indubbia autonomia tra i due procedimenti, non può negarsi un'efficacia particolare all'interpretazione data dalla Corte di Cassazione.

In altre parole appare assai arduo, per quanto propositivi ed innovativi si voglia essere, ignorare un insegnamento giurisprudenziale così consolidato e pacifico.

Tuttavia, a ben vedere, nulla vieta che possa riconoscersi all'Ordine un margine discrezionale di scelta in merito al momento nel quale, se ritenuto opportuno, sospendere il procedimento disciplinare: ciò infatti non dovrà necessariamente avvenire in modo contestuale all'apertura del procedimento stesso, ma potrà avere luogo anche dopo lo svolgimento dell'attività istruttoria.

Questo, da un lato, renderebbe possibile l'auspicato dialogo con il giudice penale e la trasmissione a quest'ultimo degli esiti dell'accertamento avvenuto in sede disciplinare, dall'altro lato, consentirebbe all'Ordine di svolgere le proprie indagini e ricerche in

un momento assai più prossimo al fatto della cui rilevanza deontologica e penale si discute.

Non può peraltro ignorarsi come garantire una maggiore autonomia e rilevanza al giudizio disciplinare possa produrre una efficacia deterrente nei confronti dei sanitari inadempienti o disattendi agli obblighi deontologici, ciò in quanto nella loro applicazione concreta le sanzioni disciplinari possono rivelarsi altrettanto incisive di quelle penali, in quanto colpiscono in via diretta l'esercizio dell'attività professionale.

Si crede pertanto che gli Ordini debbano agire con propositività concreta nel loro ruolo di vigilanza sul piano deontologico, ponendosi e ponendo a disposizione un patrimonio cognitivo e valutativo che proprio rispetto ad eventi e fattispecie di grave e forte controvertibilità addebitativa sul piano della condotta, potrebbe rivelarsi un'importante fattore ed elemento di autonomia, indipendente obbiettiva riferibilità, estranea sia a meccanismi defensionali che accusatori tout court.

### **Dott. Giancarlo Pizza**

Sono stati sollevati quesiti e problemi importanti. I problemi, comunque, non li hanno solo i medici: li hanno i giudici e gli avvocati. La società ed il pensiero sono in continua evoluzione. Così le leggi si modificano. Mi rifiuto di pensare che vi sia un atteggiamento aggressivo da parte della magistratura nei confronti di ciò ci riguarda: la magistratura espleta il suo compito. Abbiamo invitato i giuristi, uomini esperti della legge e della sua applicazione e per piacere adesso li ascoltiamo, le difficoltà non sono solo nostre. Le difficoltà sono di tutti nell'esercizio delle proprie funzioni. Quando noi abbiamo dubbi su cosa fare di fronte a un paziente, di fronte a un posto letto che manca, di fronte a un farmaco che forse non è quello giusto, debbo ritenere che anche un magistrato e un avvocato si trovino di fronte alla difficoltà di cosa pensare, di quale convinzione farsi nell'ambito del libero arbitrio che loro è concesso nell'interpretazione dei fatti, degli avvenimenti, delle impressioni che raccolgono, e quindi io vi pregherei di ascoltare con la massima umiltà possibile i discorsi che verranno fatti perché senza questa perdiamo solo il nostro tempo. Questa Commissione è nata per facilitare una discussione, un dialogo, un confronto, per capirsi reciprocamente perché le difficoltà sono sempre di tutti, non stanno mai da una sola parte. Per questo ho invitato una persona che stimo, il Dr. Spinosa.

### **Dr. Giovanni Spinosa**

Premessa: la giurisdizione ed il ruolo delle comunità scientifiche.

La lettura del materiale trasmessomi dalla segreteria del convegno e alcuni passaggi del dibattito fin qui svoltosi, se fosse lecita cotanta citazione, m'indurrebbe ad esordire con un: "sento che qui tutto mi è contro, tranne che la vostra personale cortesia", oltre che l'antica e fraterna amicizia con Giancarlo Pizza, presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bologna che, nonostante tutto, ringrazio per questa occasione di confronto. Tale consapevolezza non m'impedirà di dire con serenità, lealtà e franchezza quello che penso.

Sono sicuro che la cortesia vostra non verrà meno e coltivo, soprattutto, la speranza in un dibattito che faccia della serenità la sua stella polare.

La serenità e la laicità del dibattito sono condizioni imprescindibili per concorrere alla formazione di una giurisdizione che sappia recepire e risolvere le specificità critiche connaturate al tema della responsabilità dello psichiatra per le condotte auto o etero lesive del paziente.

La nuova cultura della conoscenza, fatta di tecnologia ed informatica, condiziona inevitabilmente non solo la percezione del precetto normativo, ma la sua stessa natura.

È sotto gli occhi di tutti che ciascuno, anche in questa sede, è nelle condizioni di conoscere, ed effettivamente conosce, gli orientamenti giurisdizionali nelle materie che lo riguardano.

L'esistenza di banche dati della giurisprudenza trasmette la conoscenza del precetto non come fattispecie astratta e lontana dall'operatore del settore, ma nella sua effettiva concretezza.

Ed, allora, si compie veramente, anche sul piano della conoscenza, quel cammino che inevitabilmente porta il precetto normativo dall'alveo della legislazione a quello della giurisdizione.

Non si tratta, ovviamente di accedere ad un percorso di *common law*, ma non v'è dubbio che i dinamismi sociali impongono quotidianamente di adeguare la legge al caso, in un percorso interpretativo reso inevitabile dal quotidiano progredire delle conoscenze.

Già quasi due millenni fa, qualcuno aveva tentato di fermare il tempo e cristallizzare la norma; il suo nome era Giustiniano e faceva l'imperatore.

L'opera dei suoi giuristi è la base di tutta la cultura giuridica occidentale, ma il tempo ha portato il precetto oltre ed, anche oggi, i testi unici con cui si tenta di riassumere le leggi pertinenti una materia sono travolti pochi mesi dopo la loro emanazione, da nuove leggi imposte dal tumultuoso succedersi di nuove esigenze della società e di nuove interpretazioni delle dinamiche sociali.

La nuova cultura del diritto, in tutto il mondo occidentale, identifica nella legge una sorta di semilavorato, il cui contenuto precettivo si raffina con l'opera della giurisdizione.

La nostra responsabilità, la responsabilità di tutti i presenti in questo convegno, nasce dalla consapevolezza che la giurisdizione non è espressione del pensiero dei magistrati, come ho percepito in alcuni degli scritti che mi sono stati mandati dalla segreteria del convegno.

La giurisdizione è espressione del processo.

Il processo è il frutto del pensiero di tutte le parti che vi presenziano ed è inevitabilmente intriso della cultura e del pensiero giuridico e scientifico in materia.

Una buona o una cattiva sentenza non sono mai il prodotto di un buon Tribunale, o di una buona o cattiva Corte di Cassazione o d'Appello che sia.

Sono, viceversa, il prodotto di un insieme di fattori in cui le parti svolgono un ruolo dominante nel saper incanalare ed individuare i momenti di riflessione su cui deve formarsi la decisione.

Sorge a questo punto una consapevolezza fatta di tre fattori:

- la centralità della giurisdizione nella formazione del precetto;
- il ruolo del processo nella formazione della giurisdizione;
- la funzione del dibattito giuridico e scientifico, nell'incanalare il processo verso i corretti profili di riflessione.

Questa consapevolezza ci impone quella franchezza di cui dicevo all'inizio ma anche il rifiuto di petizioni di principio che potrebbero avere il sapore di un *vetero-ideologismo in salsa corporativa*.

È vero, infatti, che la giurisdizione nel fissare il precetto si rapporta alla dottrina, in un continuo divenire del precetto stesso.

Si forma così un percorso virtuoso che parte dalla prassi giurisdizionale, passa per la teoria dottrina e ritorna alla prassi giurisdizionale con nuove e più raffinate proposizioni del precetto.

In sintesi si forma quel percorso prassi-teoria-prassi che, in altri tempi, qualcuno chiamava semplicemente "cultura".

La consapevolezza di essere una delle stazioni di questo cammino ci impone, dunque, la serenità ed il rigore della riflessione, sicuri che solo così si saprà positivamente influire sulla formazione del nuovo precetto che non sarà mai quello definitivo, ma se sapremo essere critici ed al tempo stesso sereni, sarà un momento di avvicinamento e di soluzione delle problematiche che qui interessano.

Una prima conseguenza di tale approccio è costituita dalla capacità d'individuare i momenti della riflessione stessa, avendo la capacità di resistere all'ansia d'inserire in un momento dell'analisi profili che riguardano un altro momento.

Individuo quattro momenti:

- La struttura incriminatrice tipica per le condotte auto-etero lesive del paziente psicotico;
- La sussistenza di una posizione di garanzia dello psichiatra;
- La condotta esigibile, ovvero, l'indagine sulla colpa;
- Il rapporto fra evento auto-etero lesivo e la colpa, ovvero, l'indagine sul nesso di causalità.

Anticipo che considero centrali nella valutazione conclusiva sulla responsabilità dello psichiatra, il terzo ed il quarto che sono i momenti che più ci conducono nel mondo della perizia psichiatrica e che, per questa ragione, giustificano la scelta del titolo di questo sforzo di riflessione che mi accingo a svolgere: "*la perizia psichiatrica fra tutela della comunità e tutela del paziente*".

La struttura incriminatrice tipica per le condotte auto-etero lesive del paziente psicotico.

Non vi è nessuna ragione per ritenere che esista una struttura incriminatrice atipica per lo psichiatra rispetto agli altri medici.

Vi è, viceversa, una casistica atipica.

La fattispecie tipica è quella di una condotta professionalmente negligente, imperita o imprudente che determina la morte o le lesioni del paziente.

In tale ottica l'evento (morte o lesioni) si riconnette in modo diretto con la condotta colposa del medico, di guisa che il medico è chiamato a rispondere a titolo di colpa dell'evento cagionato (omicidio o lesioni colpose).

In definitiva, non sfuggirebbe a tale schema d'incriminazione neanche lo psichiatra che, sbagliando l'approccio terapeutico col paziente psicotico, ne determini l'insorgenza di malattie o il decesso.

Il punto, come si diceva, è che la casistica che con più frequenza interessa lo psichiatra, è quella della condotta auto o etero lesiva del paziente.

Il rapporto fra la condotta dello psichiatra e l'evento (morte o lesione), in questo caso, non è diretto, ma è mutuato dalla condotta del paziente.

Si tratta, nella costruzione giuridica dell'impianto accusatorio, di riferire la condotta dell'agente materiale (il paziente) ad un agente remoto (lo psichiatra) in forza di un meccanismo di collegamento che deve essere tassativamente previsto dalla legge.

Nel caso di specie la dottrina e la giurisprudenza fanno ricorso alla disciplina del concorso colposo nel delitto doloso, prevista ai sensi degli artt. 110 e 113 c.p.

Non vi tedierò parlando delle pregresse incertezze della giurisprudenza di legittimità sul punto.

È un fatto che, all'esito di quel percorso di continua raffinazione della giurisdizione di cui abbiamo detto in premessa, la Cassazione perviene ormai ad una stabile conclusione sulla correttezza di tale costruzione giuridica.

Una ricostruzione teorica organica la si trova nella nota sentenza n. 1673 della sezione IV del 14 nov. 2007 (motivazione depositata l'11 marzo 2008).

Il limite, spiega la citata sentenza, è costituito dalla necessità che il delitto doloso sia previsto dalla legge come punibile anche a titolo di colpa.

La sentenza ricorda, ad esempio, come in un precedente caso le Sezioni Unite avessero escluso il concorso del notaio a titolo di colpa nel reato di lottizzazione abusiva sul presupposto che il reato di lottizzazione abusiva è un reato doloso.

Forte di questo sapiente insegnamento, la collega dr.ssa Zaccariello, in una sua precedente apprezzata relazione, ricorda come lo psichiatra non possa essere chiamato a rispondere a titolo di colpa della condotta di violenza sessuale o di sequestro di persona, per l'evidente ragione che tali reati non sono previsti a titolo di colpa.

Lo sforzo della Corte viene definito dalla collega Zaccariello come connotato da *evidente intento didascalico*.

Io mi permetto di aggiungere l'aggettivo *lodevole*, non solo per quanto prima genericamente detto in punto *cultura della giurisdizione*, ma perché, nello specifico, ci consente d'introdurre un tassello aggiuntivo di riflessione a quel rapporto "prassi giudiziaria - dottrina - prassi giudiziaria", che abbiamo, per l'appunto, definito *cultura della giurisdizione*.

Nulla da dire sulle condotte etero lesive.

Il tassello aggiuntivo riguarda le condotte auto lesive, che, invero, sono quelle che con più frequenza sono contestate a titolo di omicidio colposo allo psichiatra che si assume negligente, imperito o imprudente.

La Cassazione, correttamente, non parla mai di concorso colposo nella causazione di un evento, ma di concorso colposo nel delitto doloso.

A questo punto, è facile osservare che, nelle condotte auto lesive, non esiste un omicidio, ma esiste un suicidio.

Le considerazioni ulteriori sono evidenti; non solo non esiste il reato di suicidio colposo, ma non esiste il reato di suicidio.

Diviene, a questo punto, problematico uno schema d'accusa che ipotizzi il concorso colposo di un agente remoto (il medico) nel concorso di un agente materiale (il paziente) in un delitto (il suicidio) che non solo non esiste a titolo di colpa, ma non esiste proprio.

Il codice penale prende in considerazione il suicidio per fattispecie specifiche che non riguardano il caso in esame (art. 580: istigazione o aiuto al suicidio).

L'esistenza di un agente intermedio fra l'evento morte e lo psichiatra, pone il problema delle modalità giuridiche con cui la condotta del primo si estende al secondo.

Ad esempio l'art. 48 c.p. estende la condotta penalmente rilevante della persona ingannata a quella della persona che ha ingannato; o, ancora, l'art. 111 punisce chi ha determinato a commettere un reato una persona non imputabile.

Il punto è che nel caso di specie non esiste un reato commesso dalla persona non imputabile, né tanto meno esiste nella forma colposa.

Si pone, insomma, il problema di un'autonoma architettura giuridica.

L'evento "morte", nel caso delle condotte auto lesive entra nella sfera di responsabilità dello psichiatra con modalità diverse da quelle con cui entra nel caso delle condotte etero lesive.

Nelle condotte etero lesive viene ipotizzato, come visto, il concorso colposo nel delitto di omicidio doloso.

Nelle condotte auto lesive viene ipotizzato un rapporto diretto fra l'evento "morte" e la condotta dello psichiatra; la prassi giudiziaria fin qui seguita ha ignorato la presenza di un agente intermedio ed ha ipotizzato semplicemente l'omicidio colposo.

Tale modalità merita certamente attenzione critica.

È vero che vi sono casi in cui l'evento "morte" viene ricondotto in modo diretto alla responsabilità dell'agente remoto, ma in tali casi, l'evento "morte" è espressamente previsto dalla legge: si pensi all'ultimo comma dell'art. 572 c.p., di guisa che si giustifica la correlazione fra il suicidio del maltrattato e la condotta dell'autore dei maltrattamenti.

È plausibile che una sapiente valutazione dell'art. 113 o dell'art. 111 determineranno una rilettura della struttura d'incriminazione nel caso delle condotte auto lesive.

Gli stimoli che qui si lanciano, potrebbero, tuttavia, trovare momenti di riflessioni nella dottrina e risposte nel contraddittorio del processo.

Tuttavia è difficile in questa sede tacere come fattori di riflessione così evidenti siano stati totalmente trascurati nella copiosa giurisprudenza formatasi in punto responsabilità dello psichiatra per le condotte auto lesive del paziente psicotico, troppo affaccendate nelle petizioni di principio sulla posizione di garanzia.

### La sussistenza di una posizione di garanzia dello psichiatra.

Quella riflessione che è mancata in ordine alla ipotizzabilità di un concorso colposo dello psichiatra nelle condotte auto lesive del paziente, non è certo mancata nella riflessione sulla sussistenza di una posizione di garanzia dello psichiatra.

Si sgomberi il campo da tutte le problematicità in punto nesso di causalità e prevedibilità con cui, spesso, si mescola impropriamente l'argomento "posizione di garanzia dello psichiatra".

Fatta questa operazione d'individuazione del problema ci si accorge con tutta evidenza che l'assorbente rilievo che viene dato all'argomento è l'esatto frutto di un approccio ideologico alla problematica.

L'affermazione della Corte nella sentenza n. 1673 è di una disarmante e conclusiva semplicità.

*"Vano sarebbe però trovare nella legge 180 una norma che confermi la tesi del ricorrente secondo cui la tutela sanitaria obbligatoria prevista dall'art. 2 sarebbe preordinata esclusivamente alla tutela del malato e non anche dei terzi. È vero che lo scopo primario delle cure psichiatriche è quello di eli-*

minare o contenere la sofferenza psichica del paziente; ma quando la situazione di questi sia idonea a degenerare – anche con atti di auto o etero aggressività – il trattamento obbligatorio presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona”. Il cuore dell’affermazione è proprio nella necessità di cercare una apposita norma che escluda la posizione di garanzia dello psichiatra in ordine alla degenerazione della patologia psicotica.

La circostanza che la legge 180, con un atto di civiltà, abbia restituito al paziente psicotico la sua dignità di persona sofferente e non di persona pericolosa non comporta di per sé una posizione privilegiata dello psichiatra.

A nessuno è mai venuto in mente di dubitare della sussistenza di una posizione di garanzia verso terzi dell’infettivologo che colposamente ometta di adottare nei confronti del paziente infetto le adeguate forme di cura e tutela.

Ci si astragga dalla concretezza della difficoltà di prevedere le possibili degenerazioni del paziente psicotico e si resti nell’astratta problematica della posizione di garanzia di cui tanto ci si balocca.

La previsione di una forma obbligatoria d’intervento rende evidente la sussistenza di un obbligo dello psichiatra di attivare gli interventi terapeutici volti a prevenire la degenerazione della patologia e di applicarli coattivamente quando ne ricorrano le condizioni.

Invero il percorso motivazionale della Corte è ancora più elementare ed è ancora una volta difficile non apprezzarlo per la concludenza della sua linearità.

*“È del resto illusorio separare le conseguenze personali (che sole giustificerebbero il trattamento secondo il ricorrente) da quelle verso terzi: la manifestazione di violenza ed aggressività non reca danni solo all’agredito, ma anche all’aggressore”*

e, continua la Corte spiegando, come, a seguito del proscioglimento del paziente per mancanza d’imputabilità, nel caso in esame, gli sia stata applicata la misura del ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario.

Si potrebbe ancora aggiungere che la manifestazione di aggressività, oltre a portar danno al paziente, è, spesso, un dato sintomatico del riacutizzarsi di una patologia (ad esempio un delirio di persecuzione) che il medico non ha potuto (potrebbe dipendere da fattori esterni eccezionali o non contenibili) o saputo (potrebbe dipendere da colpevoli disattenzioni del medico) prevedere e prevenire.

La lineare semplicità dei percorsi motivazionali della Corte ha il pregio di spostare l’attenzione dalle petizioni ideologiche di principio sulla posizione di garanzia alla concretezza dei problemi sulla condotta colposa (condotta esigibile) e sul nesso di causalità (connessione fra l’evento finale morte di un terzo o morte del paziente e condotta).

### La condotta esigibile, ovvero l’indagine sulla colpa.

Introdurre il tema della condotta esigibile significa operare l’indagine sulla correttezza dell’operato dello psichiatra.

Ovviamente, preliminare ad ogni riflessione sul punto è l’effettiva conoscenza che lo psichiatra ha delle condizioni del paziente.

L’indagine non potrà che svolgersi attraverso un accertamento tecnico-peritale che dovrà essere effettuato parametrando le riflessioni sul livello di effettiva conoscenza che aveva il medico.

La finalità deve essere quella di accertare se il medico abbia agito secondo le regole dell'arte medica e sulla base delle “cognizioni generali e fondamentali proprie di un medico specialista nel relativo campo”, come, ormai da tempo e costantemente, si va affermando in giurisprudenza (cfr. Cass. Sez. 4 sentenza n. 14446 del 6 nov. 1990).

La presenza di linee guida che esprimano approcci terapeutici condivisi dalla comunità scientifica fornisce un ausilio per leggere la condotta del medico, ma non esaurisce la materia.

Non voglio sfuggire al quesito postomi dalla segreteria del convegno se “un eccessivo procedere e dettagliare ‘cosa e come si deve fare’ aumenti il rischio di sbagliare togliendo all’operare medico (specialmente in psichiatria) quel ‘calore’ e quella ‘vicinanza’ così tanto necessari a creare quell’empatia con il paziente, tanto utile ad esempio al fine di farcene percepire il rischio di atti auto od eterolesivi?”.

È compito degli specialisti della materia dire quanto opportune siano linee d’intervento standardizzate, atte, da un lato a dirimere incertezze, dall’altro a guidare il medico nel caso concreto.

Concordo con la collega Zaccariello che, nella sua relazione, osserva come “al pari di quanto avviene in relazione a linee guida o protocolli che attengono ad altre discipline mediche, l’osservanza o meno dei criteri tracciati dalle linee guida – attinenti, ad esempio, alla somministrazione di uno psicofarmaco – in sede di procedimento penale non è destinata ad assumere di per sé valore probante, né a fini di prova per così dire liberatoria né come decisivo elemento indiziante di segno sfavorevole”.

Correttamente ha anche osservato che “oggetto del procedimento penale è sempre solo il singolo caso concreto, visto in tutte le sue specificità”.

Devo, tuttavia, osservare che l’adeguamento a linee guida universalmente riconosciute, data per corretta l’indagine diagnostica, costituisce un momento importante ai fini della verifica di una condotta difficilmente censurabile.

In senso opposto nessuno potrà mai ritenere che un medico sia venuto meno ad una condotta doverosa ed esigibile solo perché non ha seguito le linee guida stabilite in relazione ad una patologia o ad uno stadio della patologia.

L’affermazione vale in assoluto per tutte le discipline mediche, tutte regolamentate dal principio di libertà di cura e dalla necessità di verificare in sede processuale se la condotta del medico sia stata adeguata alle esigenze di trattamento nel caso specifico.

In particolare vale per ciò che riguarda la salute mentale di una persona che si relaziona alle particolarità di un vissuto individuale difficilmente standardizzabile.

Quindi senza nulla togliere alla importanza delle linee guida, l’accento va posto sulla specificità del caso concreto sottoposto all’esame del perito ed all’indagine se, nel caso concreto, il medico abbia agito secondo le regole fondamentali dell’arte medica.

### Il rapporto fra evento auto-etero lesivo e la colpa, ovvero, l’indagine sul nesso di causalità.

L’indagine sul nesso di causalità è, da sempre, la parte più delicata nelle valutazioni sulla responsabilità da colpa medica.

Nel caso della responsabilità del medico psichiatra per le condotte auto o etero lesive del paziente le difficoltà si moltiplicano.

Se si ha bene in mente lo schema della incriminazione, emerge evidente la difficoltà. Nei casi ordinari di colpa medica, l'indagine sul nesso di causalità parte da una condotta che si assume colposa, ed arriva ad un evento: aggravamento della patologia che conduce al decesso o all'insorgere di lesioni.

Nel caso di cui si discute, come si è visto prima, l'aggravamento della patologia si relaziona col mondo esterno e conduce ad un conato volitivo (non importa, in questo momento, se consapevole o meno) del paziente che determina l'evento finale.

L'indagine sul nesso di causalità dovrà quindi essere duplice.

Una prima parte porta a sondare la connessione fra la condotta del medico e l'aggravamento della patologia.

Una seconda parte indaga sul rapporto fra l'aggravamento della patologia e la condotta omicidiaria o suicidiaria.

L'articolazione della ricerca è resa ancor più complessa dalla particolarità della materia che sonda una componente umana, quella della psiche, che, come voi psichiatri m'insegnate, è fra le meno esplorate della natura umana.

È questo, inequivocabilmente, ancora una volta, il momento del perito.

Il compito del giudice è quello di cristallizzare, nei due diversi momenti, il quesito ed indicare i parametri di riferimento cui il perito deve ancorare la risposta.

Cerchiamo d'individuarli:

A) Rapporto fra la condotta medica e la riacutizzazione, ad esempio, di un quadro di psicosi cronica (o comunque l'aggravarsi ulteriore di una determinata psicopatologia già in fase di scompenso) ovvero, la prima parte della concatenazione causale.

Questa prima parte dell'indagine va ulteriormente suddivisa in due momenti:

- Verifica della effettiva sussistenza di una acutizzazione della patologia.
- Rapporto fra l'acutizzazione della patologia e condotta del medico.

La manifestazione di aggressività del paziente, come già detto in precedenza, non è di per sé un sintomo del generale mutamento delle condizioni psichiche del paziente.

Potrebbe nascere da un fattore estemporaneo imponderabile che, per questa sua natura, rompe il rapporto causale fra condotta del medico ed evento su cui s'indaga in questa fase dell'accertamento peritale (aggravamento della patologia).

La sussistenza dell'acutizzarsi del quadro cronico psicotico non può, ovviamente essere desunta dalla condotta suicidiaria o omicidiaria, per l'ovvia ragione che, così facendo, si finirebbe col confondere l'oggetto della prova col mezzo della prova stessa.

È evidente compito del perito individuare i dati sintomatici dell'acutizzarsi del quadro psicotico, esempio manifestazioni deliranti, condotte aggressive, etc., di cui il gesto auto o etero lesivo è manifestazione e non prova.

L'acutizzazione del quadro clinico psicotico va, quindi, posto in connessione con l'opera medica commissiva o omissiva dello psichiatra.

La visita di questo rapporto non può prescindere dalla casistica più ampia riguardante la materia (si è prima parlato di linee guida), ma non può nemmeno tradursi in una mera prognosi probabilistica.

Va verificata in concreto, attraverso l'analisi della storia clinica del paziente e le manife-

stazioni del processo degenerativo (cioè di aggravamento delle condizioni psicopatologiche) all'esito del quale si colloca l'evento delittuoso.

Il perito dovrà leggere e dire come il processo degenerativo sia conseguenza o meno della condotta commissiva od omissiva dello psichiatra.

Particolarmente delicata è la verifica nel caso di condotta omissiva (lo psichiatra ha ommesso gli interventi terapeutici consigliati dalla scienza medica).

La verifica sul nesso di causalità dovrà seguire i normali percorsi del ragionamento contraffattuale descritto dalla sentenza Franzese; ipotizzate come effettivamente adottate le pratiche terapeutiche consigliate dalla scienza medica, esse avrebbero impedito l'acutizzarsi della patologia psicotica?

Ancora una volta la verifica dovrà essere operata nella concretezza della storia clinica pregressa del paziente e le modalità con cui si sono manifestati i sintomi della riacutizzazione della patologia.

La peculiarità della indagine sul nesso di causalità nel caso di patologie psicotiche è tracciata dalla frequenza d'interferenza di fattori imponderabili nella evoluzione delle stesse.

La riflessione sul punto ci porta a cogliere il rilievo e la qualità di un precetto normativo che si forma nella quotidianità della giurisdizione.

È proprio la sentenza Franzese a spiegare come l'insorgenza di eventi imprevedibili rompa il nesso di causalità fra l'evento che si addebita al medico (aggravamento della patologia) e la condotta dello stesso.

Non v'è dubbio che in tale fase i margini di riflessione nel caso del paziente psicotico sono amplificati rispetto a tutti gli altri casi.

Tuttavia, l'esistenza amplificata di tali margini non crea, nel campo della psichiatria, una zona franca sottratta alla verifica del processo, ma solo una più complessa difficoltà di prova della sussistenza del nesso di causalità, che è bene ricordarlo per il profano è un onere che grava interamente ed esclusivamente sull'accusa.

### B) Rapporto fra l'acutizzazione del quadro cronico psicotico e l'evento auto-etero lesivo.

Con l'accertamento del nesso di causalità fra condotta dello psichiatra ed acutizzazione della patologia si completa il percorso che porta alle dirette conseguenze dell'operato del medico.

Non si completa il percorso che conduce dalla condotta del medico all'evento auto o etero lesivo.

Le problematiche lette in ordine alla prima fase, da qui in poi, si moltiplicano, con particolare riferimento all'interferenza di fattori imponderabili atti ad alterare il normale percorso evolutivo della storia clinica del paziente.

La ragione è evidente.

Da questo momento in poi, si valutano fattori esterni alla clinica del paziente; egli si confronta con una realtà esterna che per le sue variegata ed imprevedibili fenomenologie può interagire in modo impreveduto ed imponderabile.

Situazioni anomale e sconosciute al medico possono alterare il cammino clinico del paziente.

Si pensi, ad esempio alla morte di un parente, o anche ad un incidente stradale in cui il

paziente ritrovi a contraddire con persone particolarmente aggressive, o anche a strutture sanitarie il cui personale non sia dotato della dovuta professionalità nel rapporto col malato psicotico.

Decine di situazioni diverse che, ai fini della valutazione della responsabilità del medico, sono destinate a rompere il nesso di causalità se sconosciute ed imprevedibili.

In definitiva, si pone in tale ottica anche l'ipotesi in cui il paziente venga ritenuto parzialmente capace d'intendere e di volere.

In tal caso, la possibilità che il paziente abbia operato una corretta rappresentazione della realtà esterna ed una successiva coerente valutazione delle proprie scelte d'azione si pone come rottura della concatenazione causale che porta dalla condotta del medico all'evento finale.

Esso si pone come fattore del tutto imprevedibile ed estraneo alle conseguenze delle scelte terapeutiche operate dallo psichiatra.

Ritengo che sia del tutto improprio formulare una casistica dettagliata destinata ad essere travolta dalla molteplicità delle situazioni quotidiane.

Il crinale che corre fra una situazione di addebito della responsabilità o meno è quello tracciato dal carattere imprevedibile o anomalo della situazione che il paziente psicotico ha dovuto affrontare.

Preservare la posizione del medico da addebiti rispetto a situazioni anomale cui il malato non ha saputo reagire secondo i canoni del "socialmente corretto", non è un atto di riguardo verso gli psichiatri; è un atto di civiltà verso il malato psicotico che ha diritto a vivere le sue chance di guarigione e di vita a dispetto dell'anomalo e dell'imponderabile. L'anomalo e l'imponderabile sono le angosce che, comunque, la vita consegna a tutti noi.

### **Dott. Giancarlo Pizza**

Ringrazio il Giudice Spinosa e tutti gli intervenuti anche per la passione che hanno messo nei loro interventi. Di nuovo grazie a tutti, relatori ed il numeroso pubblico al quale rivolgo un arrivederci a presto perché la discussione è solo all'inizio.