

I Confini della responsabilità professionale in Psichiatria tra salute e sicurezza

Catania, 30 gennaio 2015

L'assistenza psichiatrica fra cura e controllo

Roberto Catanesi

Professore Ordinario di Psicopatologia forense
Università degli Studi di Bari

Psichiatria clinica e forense



L'ACCERTAMENTO PERITALE FRA ESIGENZE DI CURA E PERICOLOSITÀ SOCIALE

Roberto CATANESI(*) Felice CARABELLESE(**)

L'obiettivo oramai chiaro è il passaggio della pericolosità da misura di sicurezza a misura trattamentale (Catanesi, Carabellese, 2001), con il progressivo spostamento di istanze valutative e di sicurezza sociale sul mondo del trattamento psichiatrico, mentre contestualmente chiare sollecitazioni di significato trattamentale sono richieste al settore psichiatrico-forense.

Trovare un punto di equilibrio possibile ed accettabile affinché le diverse e legittime esigenze individuali di tutela della salute e di sicurezza sociale siano salvaguardate è sicuramente faccenda complessa, ma che bisogna avere il coraggio di affrontare, per verificarne possibilità ma anche per identificarne i limiti.

Corte Costituzionale

18 luglio 2003, n° 253

La Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad **assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale**;

Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci si muovono fra queste due polarità e, in tanto si giustificano... in quanto rispondono **contemporaneamente** a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili, di **cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità....** Un sistema che rispondesse ad una sola di queste due finalità non potrebbe ritenersi costituzionalmente accettabile.

Corte Costituzionale

17-29 novembre 2004, n° 367

- ... La Corte, constatato che l'art. 222 cod. pen. adotta un modello che esclude ogni apprezzamento della situazione da parte del giudice, per imporgli un'unica scelta, che può rivelarsi, in concreto, lesiva del necessario equilibrio tra le diverse esigenze e persino tale da pregiudicare la salute dell'infermo, ha affermato che ***“l'automatismo di una misura segregante e totale come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, imposta pur quando essa appaia in concreto inadatta, infrange l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona”***
- ...Dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui **non consente al giudice di disporre**, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, **una misura di sicurezza non detentiva**, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale.

Dalla pericolosità sociale
al progetto terapeutico personalizzato

Pericolosità come caratteristica individuale: si/no



Pericolosità condizionata: non è socialmente pericoloso a condizione che venga inserito in una struttura...



Progetto terapeutico concreto che risponda sia al dovere di tutela della salute dell'infermo che alle esigenze di difesa sociale

Legge 17 febbraio 2012, n.9

Art.3-ter:

Co. 4

A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2...

Co. 2:

Entro il 31 marzo 2012... sono definiti.. ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Co 3.

Il decreto di cui al comma 2 e' adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

Caso “Pozzi” – Psichiatra responsabile per azioni compiute dal proprio paziente

Tribunale di Bologna, 27.1.2006

LA POSIZIONE DI GARANZIA DELLO PSICHIATRA

Non può sorgere alcuna incertezza di sorta sull’esistenza, in capo al medico psichiatra oggi imputato, 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.

In realtà, in tema di colpa professionale, **il concreto e personale espletamento di attività medico – terapeutica da parte del sanitario comporta sempre l’assunzione diretta della posizione di garanzia nei confronti del paziente**, sicché su di lui incombe l’obbligo della osservanza delle *leges artis*, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito ovvero dell’aumento del rischio.

E’ chiaro quindi che il dott. P., **indipendentemente dalla sua qualifica formale e dai suoi compiti delegati, aveva un obbligo di garanzia nei confronti del M., in quanto suo esclusivo medico –psichiatra curante.**

Caso “Pozzi” - Corte di Appello, Bologna

III sez. pen., 4.4.07

- ... del delitto di cui all'art. 40 co. 2°, 41 e 589 cp.p perché, per colpa consistente in negligenza, imprudenza, imperizia e violazione di norme e regole della medicina psichiatrica... rivestendo tutti nelle rispettive qualità.... posizioni c.d. di “garanzia” relativamente alla terapia ed alla custodia di, paziente psicotico affidato alle loro cure, cagionavano il decesso (evento che avevano l'obbligo giuridico di impedire)....

Tribunale di Brindisi - Sent. 5.10.89

- ”***non rispondono di omicidio colposo*** i medici, gli infermieri, il direttore del servizio dipartimentale di salute mentale, il direttore sanitario nonché il coordinatore sanitario i ***quali abbiano omesso, ciascuno per le proprie funzioni, di adottare le misure atte ad impedire i ripetuti suicidi di pazienti ricoverati nel reparto di psichiatria***, essendo ormai al tramonto, a seguito della l. 180/78, quella visione della malattia mentale che si traduce nell'assistenza al malato, estrinsecantesi fundamentalmente nella vigilanza stretta del medesimo al fine di impedire che possa arrecare danno a se stesso e agli altri e prevalendo ormai un'assistenza principalmente di tipo terapeutico”.

Posizione di garanzia in medicina

I professionisti sanitari sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto dagli articoli 2 e 32 della Costituzione nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità Cass.Pen. sez. IV, 1.12.04/11.3.05 n. 9739

Art.2: La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art.32:La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Posizione di garanzia dello psichiatra

Anche fuori dalle ipotesi di ricovero coatto lo psichiatra è titolare di una posizione di garanzia, sullo stesso gravando doveri di protezione e di sorveglianza del paziente in relazione al pericolo di condotte autolesive (e, naturalmente, eterolesive).

Cass.Pen. Sez. IV, 27.11.2008 n. 48292

Obbligo giuridico di impedire l'evento

(Cass. pen. sez. III 22-09-2004, n. 40618)

Tale obbligo (vuoi di protezione, quale, ad esempio, quello del genitore nei confronti del figlio minore; vuoi di controllo, quale, ad esempio, quello posto a carico dei proprietari di cose o animali pericolosi) deve essere una norma di legge extrapenale o un contratto, sicchè in mancanza di una fonte legale o contrattuale non sussiste alcuna posizione di garanzia ai sensi dell'articolo 40, comma 2.

Facendo riferimento al principio di legalità-tassatività, la stessa decisione ha precisato che la fonte (vuoi legale, vuoi contrattuale) dell'obbligo di garanzia deve essere sufficientemente determinata, nel senso che deve imporre obblighi specifici di tutela del bene protetto: esulano perciò dall'ambito operativo della responsabilità per causalità omissiva ex capoverso articolo 40, del c.p. gli obblighi di legge indeterminati, fosse pure il dovere costituzionale di solidarietà economica e sociale (articolo 2 della Costituzione), che costituisce il generale fondamento costituzionale della responsabilità omissiva, ma per se stesso non può essere assunto a base delle specifiche responsabilità omissive dei singoli reati.

Posizione di garanzia dello psichiatra condotte auto (etero)-lesive del paziente

- Lo psichiatra, al pari di qualsiasi altro medico curante, ha l'obbligo giuridico di curare la malattia mentale nel miglior modo possibile, con tutti gli strumenti che ordinamento e scienza pongono a sua disposizione. Detto obbligo ha in sè quello di salvare il paziente dal rischio di condotte autolesive, dovendo ritenersi che le stesse rappresentino un'estrinsecazione, quando non una conseguenza, della patologia che lo affligge.
- Se lo psichiatra ha in cura una persona che presenti un concreto pericolo di suicidio, la posizione di garanzia comporta l'obbligo di apprestare cautele specifiche (così, ad esempio, nel caso di ricovero volontario, invitare il personale infermieristico alla massima sorveglianza; prevedere, nel caso in cui il paziente intenda uscire dalla struttura, che lo accompagnino persone qualificate ed informate).

Cass.Pen. Sez. IV, 27.11.2008 n. 48292

Ufficio di Sorveglianza di Firenze

15.2.2012

La posizione di garanzia comporta l'obbligo di apprestare specifiche cautele quando sussista un concreto pericolo di condotte autolesive e si estende fino a configurare il concorso colposo rispetto al delitto anche nel caso della cooperazione colposa, quando la regola cautelare violata sia diretta ad evitare anche il pericolo dell'atto doloso del terzo, risultando questo ultimo prevedibile per l'agente.

La esistenza di una posizione di garanzia del medico psichiatra verso atti auto o etero aggressivi del paziente psichiatrico si desume, *a contrariis*, anche dal disegno di legge approvato dal Senato il 25.1.2012 di conversione in legge con modificazioni del decreto legge 22.12.2011, n. 211 laddove all'art. 4, riguardante le disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, afferma che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Ritiene questo Magistrato di Sorveglianza che dal complesso normativo e giurisprudenziale si possa dedurre la presenza di un dovere di cura e di una posizione di garanzia in capo al medico psichiatra di paziente autore di reati affetto da infermità psichica ma non socialmente pericoloso affinché siano evitate possibili ma non probabili recidive laddove dipendenti da prevedibili ed evitabili scompensi.

Psichiatria forense clinica

Sistema Sanitario

Sistema Giudiziario

Psichiatria forense clinica

Obiettivi: cura e riduzione
dei rischi

Funzioni: tutela della salute
del paziente e collettività



Integrazione attività psichiatrica clinica e forense

- 1) Linguaggio
- 2) Competenze
- 3) Metodologie
- 4) Formazione
- 5) Obiettivi e risultati  Posizione di garanzia

La Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad **assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale**;

Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci si muovono fra queste due polarità e, in tanto si giustificano... in quanto rispondono **contemporaneamente** a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili, di **cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità....** Un sistema che rispondesse ad una sola di queste due finalità non potrebbe ritenersi costituzionalmente accettabile.

Corte Costituzionale, 18 luglio 2003, n° 253

Se non c'è la possibilità di bilanciare cura\controllo?

E' davvero possibile questa integrazione senza mettere mano al Codice penale e al sistema delle misure di sicurezza?

Commissione Grosso (1 ottobre 1998) - L' imputabilità (allegato alla Relazione del 15 luglio 1999)

Sottocommissione: Pisa - Corbi - Pulitanò - Randazzo - Seminara - Zagrebelsky - Zancan

L'indicazione di fondo è quella di una riduzione delle eventuali misure al minimo strettamente indispensabile: *extrema ratio* rispetto agli istituti orientati alla risocializzazione o alla terapia, che del resto caratterizzano la legislazione più recente (in ambito psichiatrico, la svolta avviata dalla legge 180/78; in ambito minorile, i nuovi istituti introdotti con la c.d. procedura penale minorile. DPR 448/88).

E' diffusa in dottrina l'istanza di sostituire al criterio della pericolosità (ritenuto di dubbio fondamento empirico) quello del 'bisogno di trattamento'. Tale proposta merita accoglimento, sia sul piano terminologico (evitando così il messaggio stigmatizzante in termini di 'pericolosità'), sia su quello sostanziale della determinazione dei presupposti e del contenuto delle misure: ciascuna costruita e da applicare come risposta a un particolare e comprovato bisogno di trattamento (terapeutico, educativo, disintossicante, e simili).

Commissione Grosso (1 ottobre 1998) - L' imputabilità (allegato alla Relazione del 15 luglio 1999)

Sottocommissione: Pisa - Corbi - Pulitanò - Randazzo - Seminara - Zagrebelsky - Zancan

Art. 98 Misure di sicurezza e riabilitative

Misure di sicurezza e riabilitative possono essere applicate agli autori di delitto, che siano stati prosciolti perché non imputabili, quando la misura risponda a un bisogno di trattamento o di controllo, determinato dal persistere delle condizioni di incapacità che hanno dato causa al delitto.

Le misure di sicurezza e riabilitative, applicabili agli autori di reato non imputabili per infermità o altra grave anomalia, ovvero per ubriachezza o intossicazione da sostanze stupefacenti, sono:

- il ricovero in una struttura chiusa o aperta con finalità terapeutiche o di disintossicazione;*
- l'obbligo di sottoporsi ad un trattamento ambulatoriale presso strutture sanitarie;*
- l'obbligo di sottoporsi a visita periodica presso strutture sanitarie o di presentazione periodica ai servizi sociali.*

Parere delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria sui temi della imputabilità e pericolosità sociale

Particolare apprezzamento trova la cancellazione dell'obsoleto concetto di "sociale pericolosità", come pure la auspicata scomparsa degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, strutture totalmente dissonanti dai condivisi principi di trattamento della malattia mentale.

La sostituzione delle misure di sicurezza con misure a finalità trattamentali, riabilitative, risocializzanti, il passaggio dalla sociale pericolosità al bisogno di trattamento è un principio oggi condiviso dalla comunità scientifica, così come lo è il coinvolgimento delle strutture territoriali – tanto di salute mentale quanto delle tossicodipendenze – nella gestione della tutela della salute del paziente-reo. In questo modo si rende difatti possibile articolare le strategie terapeutiche secondo le reali necessità del caso e senza necessariamente ricorrere a misure restrittive, laddove queste non siano necessarie.

Roma, 19.11.03



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

REPORT DELLE SEZIONI REGIONALI SUL PROCESSO DI SUPERAMENTO O.P.G.

Noi psichiatri vogliamo assumerci il compito della cura delle persone ma non vogliamo che ci venga delegata la custodia di persone per il loro comportamento antisociale, non determinato o solo parzialmente determinato da un'infermità.

Un caso di responsabilità professionale in psichiatria (Cass. Pen., Sez.IV, 22.11.11 n.4391)

Un paziente psichiatrico, ospite in una [comunità protetta psichiatrica](#), muore a seguito delle lesioni prodottesi a seguito della caduta da una finestra. [Non è chiaro se sia caduto nell'intento di allontanarsi o vi fosse volontà suicida.](#)

Affetto da *schizofrenia paranoide* da molti anni, con iniziale deterioramento cognitivo, storia clinica punteggiata da tanti ricoveri, fasi di scompenso (stati di eccitamento, allucinazioni, atti auto-lesivi, etc).

Nel luglio 2002 inizia a rifiutare il cibo, o si alimenta in modo irregolare; emergono idee di veneficio, timore di essere avvelenato;

Ad ottobre 2002 il rifiuto ad alimentarsi diviene più rigido, il pz. non ne spiega i motivi; l'assunzione di terapia è a volte discontinua, l'assetto terapeutico non viene modificato. E' sottoposto a terapia infusiva, che accetta.

Il 10 novembre riceve la visita della sorella. Quello stesso giorno (domenica) si stacca da solo le flebo, gira per la comunità "mezzo nudo" ed infine cade al suolo (dal primo piano) procurandosi lesioni, che esitano in morte nel gennaio 2003.

Motivazioni e sintesi delle censure

Premessa: Vuoi che si tratti di gesto auto-lesivo (come suggerisce l'anamnesi, visti i precedenti TS) *“conseguenza della voce interna che dettava ordini nel contesto della patologia di veneficio”*, vuoi di tentativo di evasione dalla struttura *“all'interno della quale il degente temeva di essere avvelenato”*... la malattia di mente ha rivestito decisiva incidenza causale → posizione di garanzia (obbligo di protezione)

- Attenta vigilanza e cure adeguate... visto che *“il degente era in grado di compiere azioni sconsiderate ed impulsive dettate dalle idee deliranti”*;
- Adozione di cautele specifiche per limitare l'apertura delle imposte onde ostacolare gesti sconsiderati. *“Pur dovendosi convenire che si tratta di evitare che i malati di mente siano esclusi dal corpo sociale, ciò non esclude la necessità di adottare precauzioni materiali per prevenire la possibilità che i pazienti compiano gesti autolesivi”*.

Motivazioni e sintesi delle censure

➤ Omessa segnalazione a tutti i soggetti dotati di ruolo di responsabilità nella gestione della struttura della situazione di rischio

➤ Un solo operatore (domenica) il giorno dell'evento.... Necessità di rafforzare la presenza del personale, al fine di vigilare sulle condizioni del paziente ed impedirgli se del caso azioni pregiudizievoli

➤ Mancato trasferimento del paziente in una struttura sanitaria in grado di assisterlo e curarlo appropriatamente; omesso adeguamento della terapia.

➤ Mancata richiesta di TSO

Gli indicati profili di colpa non sono da valutare isolatamente ma nel loro complesso; essi interagendo sinergicamente hanno avuto un ruolo etiologico decisivo

Motivazioni difensive

- Mancanza dei requisiti per il TSO
- Imprevedibilità delle condotte di simili pazienti;
- Impossibilità di segregare ed immobilizzare pazienti a rischio al fine di evitare il pericolo di gesti inconsulti

La gestione del “rischio consentito”

Non sempre il rischio inerente ad una data attività può essere eliminato del tutto per effetto di condotte appropriate. Si parla, allora, di rischio consentito.... entro determinati limiti.

Si tratta di attività che comportano una misura di pericolosità in tutto o in parte ineliminabile e che, tuttavia, si accetta che vengano esercitate perché, ad esempio, afferenti ad importanti ambiti produttivi, scientifici, medici.

Il rischio non può essere evitato ma deve essere governato, mantenuto entro determinati limiti.

Cass. Pen, Sez.IV, 22.11.11 n.4391

Psichiatria e gestione del “rischio consentito”

La Psichiatria mostra patologie che non di rado sono difficilmente controllabili completamente. Tale situazione è in grande parte connessa all’abbandono di deprecate pratiche di isolamento e segregazione. In breve, si cura e si protegge il paziente con terapie rispettose della sua dignità che tuttavia non possono eliminare del tutto il rischio di condotte inconsulte.

Il rischio è insuperabile ma è accettato dalla scienza medica e dalla società: esso è dunque consentito.

Di tale situazione sembra ben consapevole la Corte di Appello quando da un lato esclude la possibilità di isolare dal corpo sociale i malati di mente e dall’altro, però, rimarca la necessità di adottare le cautele possibili per evitare gesti autolesivi o comunque violenti.

Cass. Pen, Sez.IV, 22.11.11 n.4391

La gestione delle situazioni “a rischio”

- In tema di responsabilità per colpa medica, rischio “consentito” (o aggravamento del rischio consentito) non significa esonero dall’obbligo di osservanza delle regole di cautela, ma rafforzamento di tale obbligo in relazione alla gravità del rischio, che solo in caso di rigorosa osservanza di tali regole potrà effettivamente ritenersi consentito per quella parte che non può essere eliminata.
- l'osservanza delle regole cautelari esonera da responsabilità per i rischi prevedibili ma non prevenibili, solo se l'agente abbia *rigorosamente rispettato non solo le comuni regole cautelari ma altresì quelle la cui osservanza è resa necessaria dalle caratteristiche e dalle modalità che aggravano il rischio richiedendo l'adozione di ulteriori e più rigorose regole cautelari*
- né lo scudo ... dell'alleanza terapeutica con il paziente può costituire il via libera per *mettere in discussione la sicurezza del paziente medesimo e dei terzi.*

Cass. Pen. Sez. IV, 28-01-2009, n. 4107

Psichiatria e gestione del “rischio consentito”

Occorre dunque comprendere a quali condizioni il rischio può e deve essere **accettato**, anche a protezione del sanitario cui è demandato il rischio di governare quel rischio.

E' evidente che linee-guida, protocolli, sono in talune situazioni in grado di fornire delle indicazioni e dei punti di riferimento.

Cass. Pen, Sez.IV, 22.11.11 n.4391

Sproporzione fra possibilità
diagnostico-terapeutiche a
disposizione e richieste del
contesto



La *presa in carico*, nella
prospettiva della posizione
di garanzia, si trasforma in
un'arma a doppio taglio



Definizione dei limiti dell'intervento
dello psichiatra, per coniugare – non a
parole - libertà, tutela del paziente,
obblighi di protezione e controllo



Linee-guida e raccomandazioni scritte
da Società Scientifiche accreditate

Riscrivere le dinamiche fra Periti, CT,
DSM e Magistratura

La responsabilità dello psichiatra ai tempi della chiusura dell'OPG

- 1) *Posizione di garanzia* rispetto a cosa?
- 2) Se non c'è la possibilità di bilanciare *cura e controllo*?
- 3) Quali sono gli obblighi del personale sanitario che accoglie pazienti in Mds?
- 4) Chi deve esprimersi sulla persistenza della *sociale pericolosità*?
- 5) Quale significato medico-legale dare a termini come "*prevedibile*" e "*prevenibile*" con questi pazienti?
- 6) Qual'è la responsabilità dello psichiatra rispetto a variabili strutturali (inadeguatezza organizzativa e strutturale, tipologia di popolazione ospitata, qualità e numerosità dell'assistenza infermieristica, etc)?

Possono essere d'aiuto
linee-guida o raccomandazioni?

Linee guida e responsabilità professionale

Decreto Balduzzi – DL 13.9.12, n. 158 – l. 8.11.12 n.189

Articolo 3.

Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie

1. L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile.
2. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

Art. 2043 cc Risarcimento per fatto illecito. Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

Linee guida e responsabilità medica Cass. Pen. Sez. IV. - 9 aprile 2013 - 16273

Le linee guida costituiscono regole codificate di sapere scientifico e tecnologico, rese disponibili in forma condensata in modo da costituire una guida per orientare agevolmente, in modo efficiente ed appropriato, le decisioni terapeutiche; esse non danno, peraltro, luogo a norme propriamente cautelari e la loro violazione non configura, quindi, ipotesi di colpa specifica.

Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

Art. 13 CDM (2014)

Art. 13: Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.

La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.

L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti.

Responsabilità medica e trattamento

- Nel praticare la professione medica il medico deve, con scienza e coscienza, **perseguire un unico fine: la cura del malato**, utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.
- Fermo restando il valore di tali regole o protocolli come indicazioni generali riferibili ad un caso astratto, permane comunque per il medico la necessità di valutare specificamente il caso affidato al suo giudizio, di rilevarne ogni particolarità, di adottare le decisioni più opportune, anche discostandosi da quelle regole.
- **La piena autonomia del sanitario** nella scelta dei più opportuni presidi diagnostici e terapeutici è, peraltro, prevista nello stesso codice deontologico sanitario.

Cass. Pen. Sez. IV, 23.11.10/2.3.11 – n. 8254

Linee guida e responsabilità medica

Primi pronunciamenti della Cass. Pen. dopo il Decreto Balduzzi(Sez.IV. 11 marzo 2013)

.... può trovare applicazione il *novum normativo di cui all'art. 3 della legge n. 189 del 2012, che limita la responsabilità* In caso di colpa lieve. La citata disposizione **obbliga, infatti, a distinguere fra colpa lieve e colpa grave, solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti a linee guida** e solo limitatamente a questi casi viene forzata la nota chiusura della giurisprudenza che non distingue fra colpa lieve e grave nell'accertamento della colpa penale. **Tale norma non può, invece, involgere ipotesi di colpa per negligenza o imprudenza**, perché, come sopra sottolineato, le linee guida contengono solo regole di perizia.

Solo nel caso di linee guida conformi alle regole della migliore scienza medica sarà poi possibile utilizzarle come parametro per l'accertamento dei profili di colpa ravvisabili nella condotta del medico ed attraverso le indicazioni dalle stesse fornite sarà possibile per il giudicante - anche, se necessario, attraverso l'ausilio di consulenze rivolte a verificare eventuali particolarità specifiche del caso concreto, che avrebbero potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico-terapeutico alternativo- individuare eventuali condotte censurabili.

[Sez.IV. 11 marzo 2013](#)

Linee guida e responsabilità medica Cass. Pen. Sez.IV. 9 aprile 2013 - 16273

L'articolo 3 della legge n. 189 del 2012 stabilisce che le linee guida accreditate operano come direttiva scientifica per l'esercente le professioni sanitarie, e la loro osservanza costituisce uno scudo protettivo contro istanze punitive che non trovino la loro giustificazione nella necessità di sanzionare penalmente errori gravi commessi nel processo di adeguamento del sapere codificato alle peculiarità contingenti.

Tale responsabile, qualificato approccio alla difficile professione giustifica, nella valutazione del legislatore, l'attribuzione di rilievo penale alle sole condotte connotate da colpa non lieve.

Naturalmente, quelle stesse accreditate direttive costituiranno, al contempo, la guida per il giudizio sulla colpa

Linee guida e responsabilità medica Cass. Pen. Sez.IV. 9 aprile 2013 - 16273

Il professionista che inquadri correttamente il caso nelle sue linee generali con riguardo ad una patologia e che, tuttavia, non persegue correttamente l'adeguamento delle direttive allo specifico contesto, o non scorga la necessità di disattendere del tutto le istruzioni usuali per perseguire una diversa strategia che governi efficacemente i rischi connessi al quadro d'insieme, sarà censurabile, in ambito penale, solo quando l'acritica applicazione della strategia ordinaria riveli un errore non lieve.

Linee guida e responsabilità medica Cass. Pen. Sez.IV. 9 aprile 2013 - 16273

L'art. 3 della legge n. 189 del 2012 ha determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose (articoli 589 e 590 del Cp) commesse dagli esercenti le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si siano attenuti a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica; relativamente a tali fattispecie, la regola d'imputazione soggettiva è ora quella della sola colpa grave, mentre la colpa lieve è divenuta penalmente irrilevante.

Lo “scudo protettivo” delle Linee-guida ha valore solo solo per problemi legati alla perizia, non a negligenza o imprudenza

... nel caso in esame il profilo di colpa accertato a carico del sanitario non è fondato su di un errore colpevole nella formulazione della diagnosi né sulla imperizia dimostrata dallo stesso... la responsabilità dell'imputato è stata invece individuata nella violazione del dovere di diligenza che gli imponeva di svolgere la sua attività secondo il suo modello di agente e nel rispetto delle regole di prudenza, la cui violazione ha determinato le premesse dell'evento letale. Non può, pertanto, essere utilmente evocata l'applicazione delle linee guida che riguardano e contengono solo regole di perizia e non afferiscono ai profili di negligenza e di imprudenza.

Cass. Pen., Sez IV, 24.1-11.3.2013, n.11493

Colpa lieve e colpa grave

Aspetto soggettivo e di massima discrezionalità

Il giudice deve procedere alla ponderazione comparativa di tali fattori, secondo un criterio di equivalenza o prevalenza

- 1) la misura della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta e quella che era da attendersi sulla base della norma cautelare cui ci si doveva attenere;
- 2) quanto fosse prevedibile in concreto l'evento la realizzazione dell'evento, quanto fosse in concreto evitabile;
- 3) la misura del rimprovero personale sulla base delle specifiche condizioni dell'agente (es: l'inosservanza di un norma terapeutica ha un maggiore disvalore per un insigne specialista che per comune medico generico);
- 4) motivazione della condotta (es: un trattamento terapeutico sbrigativo e non appropriato è meno grave se compiuto per una ragione d'urgenza).

Colpa lieve e colpa grave

l'entità della violazione delle prescrizioni va rapportata proprio agli standard di perizia richiesti dalle linee guida, dalle virtuose pratiche mediche o, in mancanza, da corroborate Informazioni scientifiche di base. Quanto maggiore sarà il distacco dal modello di comportamento, tanto maggiore sarà la colpa;

...si potrà ragionevolmente parlare di colpa grave solo quando si sia in presenza di una deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato definito dalle standardizzate regole d'azione.

.. la colpa assumi connotati di grave entità solo quando l'erronea conformazione dell'approccio terapeutico risulti marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia, al suo sviluppo, alle condizioni del paziente.

potrà parlarsi di colpa grave solo quando i riconoscibili fattori che suggerivano l'abbandono delle prassi accreditate assumano rimarchevole, chiaro rilievo e non lascino residuare un dubbio plausibile sulla necessità di un intervento difforme e personalizzato rispetto alla peculiare condizione del paziente.

Off label ed evidenze scientifiche

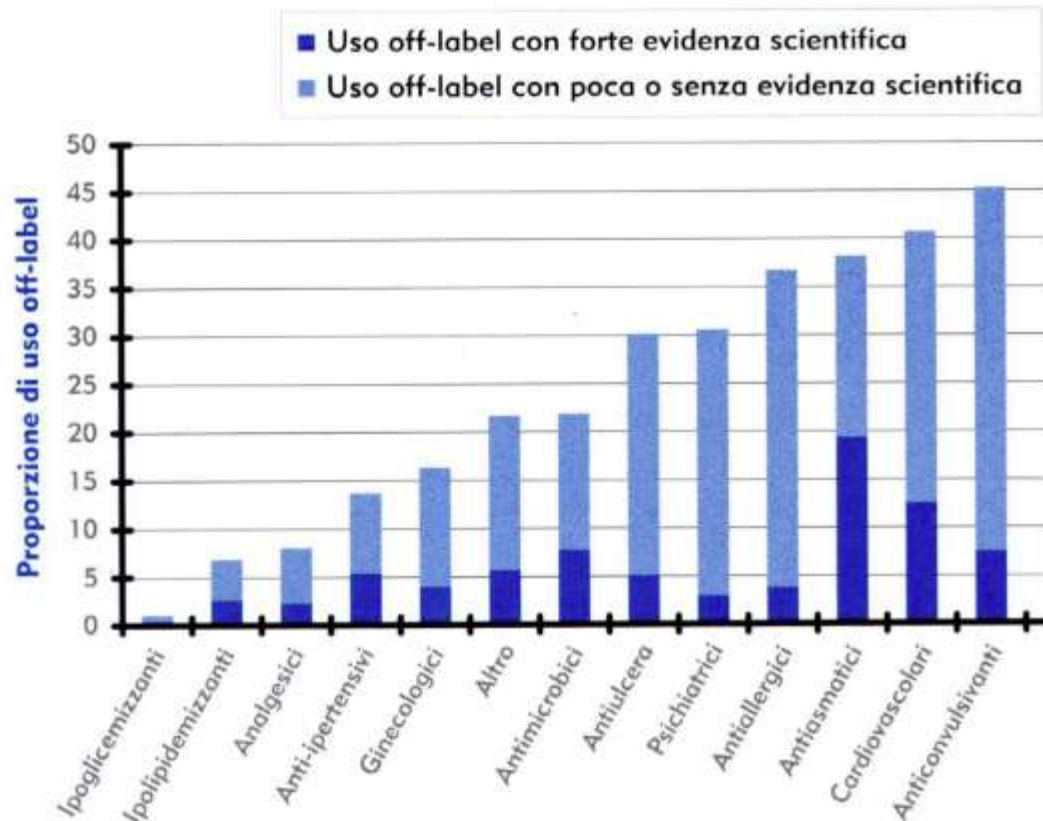


Figura 1

Utilizzo off-label nella medicina generale [Radley, 2004]

Prescrizione off label di antipsicotici

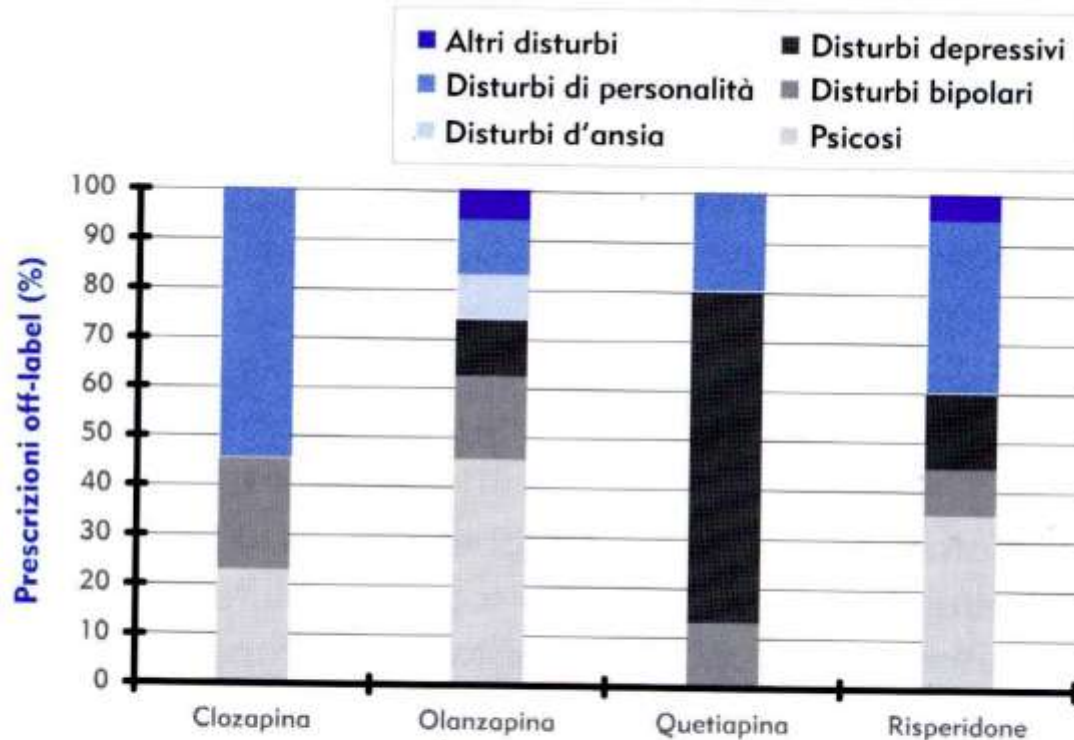


Figura 4

Distribuzione della prescrizione off-label degli antipsicotici di seconda generazione suddivisi per diagnosi [Barbui, 2004]

Prescrizione e responsabilità

Una prescrizione off label adottata dal medico, non può prescindere dal perseguire il beneficio del paziente, anche attraverso l'osservanza del rapporto rischio-beneficio, che passa ineludibilmente attraverso un'attenta valutazione dei dati clinici...

La violazione della norma cautelare imputabile all'imputata (tale cioè da determinare quell'aumento del rischio non consentito) è stata individuata nella **inosservanza della regola di condotta** che impone in ogni caso al medico di sottoporre ad **attenta verifica la originaria prescrizione** proprio per evitare quel superamento del rischio non consentito dall'ordinamento.

E' evidente che l' **obbligo di monitoraggio assume delle connotazioni ancora più pregnanti** qualora si tratti, come **nel caso, di farmaci prescritti per un'indicazione terapeutica diversa** da quella contenuta nell'autorizzazione ministeriale d'immissione in commercio.

Cass., Sezione IV Pen., 24 giugno 2008 (dep. 30 ottobre 2008), n. 37077

Linee-Guida e Raccomandazioni di buona pratica clinica possono rappresentare uno “scudo protettivo” che le Società Scientifiche hanno il dovere morale di produrre

Raccomandazioni in situazioni di maggior rischio professionale (rischio consentito)

- Protocolli minimi adatti a delimitare l'area del rischio consentito
- Provenienti da fonti sulla cui scientificità non possano essere sollevati dubbi
- Scelte che si muovano nel rispetto dell'obbligo primario della "posizione di garanzia" dello psichiatra, quello terapeutico, rispetto a quello accessorio, di controllo.

Raccomandazioni in situazioni di maggior rischio professionale (rischio consentito)

Sul piano medico-legale utili potrebbero essere a nostro avviso raccomandazioni tese a definire specifici protocolli di comportamento in situazioni caratterizzate da più elevato grado di incertezza medico-legale o rischiosità (procedure diagnostiche invasive o rischiose, situazioni cliniche complesse come sciopero della fame, comportamento autolesivi, etc) che, standardizzando procedure di tutto il personale coinvolto, fungano da garanzia tanto per il paziente, quanto per il sanitario, sulla effettiva adeguatezza dei comportamenti mantenuti in caso di situazioni considerate a rischio.

Attenzione alla creazione di linee-guida che:

- non chiariscano anche i limiti delle possibilità dell'intervento psichiatrico;
- non definiscano i limiti di compatibilità fra ruolo terapeutico e controllo sociale (posizione di garanzia rispetto a cosa?);
- non rispondano alla realtà organizzativa e alle possibilità concrete dei servizi;

Progetto per lo sviluppo di "Linee Guida per la prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici" a cura della Società Italiana di Psichiatria

a cura del gruppo di lavoro composto da:
Siracusano, Tatarelli, Girardi, Pompili, Sarchiapone

Premessa

Una stima OMS che tiene conto dell'invecchiamento della popolazione (le persone in età avanzata hanno un maggior tasso di suicidio) e di altri fattori afferma che, se non si interviene con politiche adeguate, nel 2020 i morti per suicidio nel mondo potrebbero essere 1,53 milioni.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in generale, i **fattori di rischio** variano per continenti e Paesi diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economiche. I disturbi psichici sono associati al 90% dei suicidi: in particolare, depressione, schizofrenia, disturbi della personalità; e poi abuso di sostanze, alcolismo (tra il 5-10% di chi è dipendente si toglie la vita...), malattie fisiche croniche e dolorose, cancro e HIV in primis, ma anche disturbi neurologici. Tra i fattori ambientali, problemi di relazione e familiari, violenze subite, lutti, divorzi e separazioni, altri eventi traumatici recenti, solitudine. Influiscono in modo rilevante le condizioni economiche, tracolli finanziari, povertà, disoccupazione, emigrazione. Sono fattori di rischio alcune occupazioni che mettono in contatto con sostanze letali (medici, farmacisti, agricoltori...) e, in generale, la disponibilità di mezzi a commettere suicidio, l'esposizione a comportamenti suicidari altrui e un precedente tentativo di suicidio: il 10-14% di chi ha tentato il suicidio si toglie la vita.

I **fattori di protezione** riconosciuti, d'altra parte, sono le buone relazioni familiari, una forte consapevolezza del proprio valore e la fiducia in se stessi, ma anche la capacità di chiedere aiuto, di confrontarsi con gli altri e di imparare.

Altri fattori sono l'interiorizzazione di valori e tradizioni della propria cultura, una rete di buone relazioni con amici, vicini, compagni di lavoro o di scuola, l'integrazione nel lavoro, nelle attività culturali e di tempo libero o anche fattori ambientali come l'assenza dell'uso di droghe o tabacco, mangiare e dormire in modo corretto, una buona attività fisica e la presenza della luce del sole.

In **Italia** si valutano tra **3.500 e 4.000 suicidi ogni anno**. I dati epidemiologici sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'Autorità giudiziaria (verbali e rapporti di Polizia e Carabinieri) o da quella Sanitaria (secondo i dati elaborati dall'Istituto di statistica sanitaria tratti dai certificati di morte). Tali dati sono spesso non coerenti tra loro e sono, per parere unanime degli esperti, sottostimati (soprattutto quelli forniti dall'Autorità Giudiziaria): generalmente vengono aggiornati con un ritardo di almeno 2-3 anni. **Nel 2004 i suicidi "ufficiali" sono stati, per l'Istat, 3.265** (758 donne e 2.507 uomini), con un **tasso di 5,6 su 100.000 persone**, con prevalenza del Nord Est e valori molto più bassi nell'Italia Meridionale. La regione che appare con il più alto tasso è il Friuli Venezia Giulia - con il 9,8 - e la più bassa la Campania, con il 2,6.

Nel 2004 meno dell'1% dei suicidi aveva sotto i 18 anni, poco meno di due terzi erano in età lavorativa (dai 18 ai 64 anni) e oltre un terzo aveva superato i 65 anni. **La tendenza al suicidio aumenta in percentuale all'aumentare dell'età**. Tra i principali "moventi", così definiti dai verbali delle forze dell'ordine, si rilevano la malattia psichica, presente in circa

metà dei casi, motivi affettivi, economici, malattie fisiche e un obsoleto "motivi d'onore". La celebre meta-analisi di Harris e Barraclough (1997) ha ampiamente dimostrato come i disturbi psichiatrici siano un fattore di rischio importante per il suicidio, che ne rappresenta la più grave complicanza.

Ruolo dello psichiatra nella valutazione del rischio di suicidio

(Pompili, Tatarelli, 2007)

- a) Risulta necessario fare attenzione alla complessità del suicidio (numerosi sono i fattori contribuenti; Tabella 1).

Tab. 1. Valutazione del rischio di suicidio

-
- ◊ Identificare i vari fattori che contribuiscono alla crisi suicidaria
 - ◊ Condurre una valutazione psichiatrica completa, identificando i fattori di rischio e i fattori di protezione distinguendo quelli modificabili e quelli non modificabili
 - ◊ Chiedere direttamente sul suicidio
 - ◊ Determinare il livello di rischio: basso, medio, alto
 - ◊ Determinare il luogo e il piano terapeutico
 - ◊ Indagare l'ideazione suicidaria presente e passata, così pure intenti, gesti o comportamenti suicidari; indagare sui metodi usati; determinare il livello di *hopelessness*, anedonia, sintomi ansiosi, motivi per vivere, abuso di sostanze, ideazione omicida
 - ◊ Segnali d'allarme: esprimere sentimenti suicidi o riferirsi al tema del suicidio; disfarsi di cose di valore, sistemare affari in sospeso, fare un testamento; segni di depressione: umore triste, alterazione delle abitudini del sonno e dell'appetito; cambiamento di comportamento (scarso rendimento scolastico o lavorativo); comportamento ad alto rischio (*high-risk behavior*); aumento del consumo di alcol o droghe; perdita di interesse nell'aspetto esteriore; isolamento sociale; sviluppare un piano specifico per il suicidio.
-

- b) Risulta necessario seguire visita psichiatrica **identificando fattori di rischio e fattori protettivi** e riconoscere quelli che possono essere modificati da quelli immutabili. Risulta utile chiedere direttamente e indagare specificatamente sul suicidio; determinare il livello di rischio: basso, medio, alto; determinare dove e come fornire la cura; documentare la valutazione (nella tabella 2 vengono elencati vari disturbi psichiatrici e il relativo tasso di suicidio rispetto alla popolazione generale).

Tab. 2 . Rischio di suicidio in varie patologie psichiatriche (Pompili, Tatarelli, 2007)

Disturbo	Rischio relat. (SMR)	(%/year)	Tasso di suicidio lifetime (%)
Disturbo bipolare	28	0.39	23.4
Depressione grave	21	0.29	17.4
Poliabuso di sostanze	20	0.28	16.8
Disturbi d'ansia gravi	11	0.15	9.0
Depressione moderata	9	0.13	7.8
Schizofrenia	9	0.12	7.2
Disturbi di personalità	7	0.10	6.0
<i>Cancro</i>	2	0.03	1.8
<i>Popolazione generale</i>	1.0	0.014	0.8

SMR = tasso di mortalità standardizzato per il rischio nella popolazione generale, corretto per età e sesso.

Il rischio *lifetime* è basato su un tasso annuo di suicidio per 60 anni di rischio potenziale. Il rischio, nel disturbo bipolare I e II, è simile ma il tasso di suicidi negli uomini è maggiore rispetto a quello nelle donne diagnosticate con disturbo bipolare. La depressione grave comporta il ricovero; la depressione moderata è una stima della depressione maggiore in pazienti ambulatoriali più la distimia. I disturbi d'ansia includono il disturbo di panico con agorafobia e il disturbo ossessivo-compulsivo.

Adattato (Tondo et al., 2003; Harris e Barraclough, 1997)

Fattori di rischio suicidiario
Kaplan H.I., Sadock B.J. e Grebb J.A.(1997)

<u>Variabile</u>	<u>Alto rischio</u>	<u>Basso rischio</u>
Età e Sesso	Superiore a 45 anni, maschio	Inferiore a 45 anni. femmina
Stato civile	Divorziato o vedovo	sposato
Occupazione	disoccupato	occupato
Relazioni interpersonali	conflittuali	stabili
Retroterra familiare	caotico	stabile
Salute fisica	Malattia cronica, ipocondria	Buona salute, benessere
	Eccessiva assunzione sostanze	Scarso uso di sostanze
Salute mentale	Grave depressione	Lieve depressione
	psicosi	nevrosi
	Grave disturbo di personalità	Personalità normale
	Abuso di sostanze	Bevitore sociale

Idee suicide	Frequenti,intense,prolungate	Infrequenti, a bassa intensità e temporanee
Tentativi di suicidio	Tentativi multipli, Pianificato	Primo tentativo, impulsivo
	Inequivocabile volontà morire	Primaria volontà cambiamento
	Comunicazione interiore (autorimprovero)	Comunazione esteriore (rabbia)
	Disponibilità di mezzi letali	Disponibilità di mezzo a bassa letalità
Risorse personali	Scarsa efficienza	Buona efficienza
	Scarsa consapevolezza	Buona consapevolezza
	Affetti non disponibili e p.contr.	Affetti disponibili e b.control.
Risorse sociali	Scadente rapporto	Buon rapporto
	Socialmente isolato Famiglia non coinvolta	Socialmente integrato Famiglia preoccupata

Prevenire il suicidio

- ✓ Difficoltà a trasferire dati statistici di carattere generale sul singolo caso
- ✓ L'esistenza di fattori di rischio e di aree di vulnerabilità consentono di identificare gruppi di pazienti a rischio ma non quale paziente, ad es., fra quel 15% di depressi che si suicida, lo farà e tanto meno quando.
- ✓ Vi sono certamente pazienti con indice di rischio suicidiario maggiore e verso questi – in taluni momenti - è indispensabile attivarsi con misure precauzionali (ad es. ricovero) ed adeguato trattamento farmacologico, ma ogni iniziativa è temperata dalla necessità di consenso (in carenza dei requisiti per il TSO) e dai limiti oggettivi della scienza psichiatrica, tenuto conto anche della multi-fattorialità del suicidio.

Dalla Prevedibilità alla evitabilità del suicidio

“tutti coloro che si occupano scientificamente del suicidio sanno che la prevenzione è il tema centrale.... e che i progressi compiuti in questo campo sono assolutamente insoddisfacenti... il principale scacco alla prevenzione del suicidio sta proprio nel fatto che, com'è noto, il fenomeno appare multicausale e che le presunte cause non appartengono ad uno stesso ordine di fenomeni... sia il clinico che l'epidemiologo devono così condurre la loro analisi su un ampio numero di fattori.... Tali conoscenze debbono poi venire organizzate in un modello che, pur non potendo contenere tutte le variabili, possa almeno sottintenderle. Si tratta di un metodo chiaramente insufficiente: il risultato è sempre che una parte dei suicidi (ma quale?) non può essere evitata...”

R. Tatarelli: Suicidio. Psicopatologia e prevenzione., Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1992, 119.

“va detto che, allo stato attuale delle conoscenze, anche il concomitare di più fattori maggiori di rischio non riesce a concretizzarsi in una soddisfacente capacità predittiva” “un suicidio può risultare molto spesso un'evenienza altamente imprevedibile” .

De Leo D., Pavan L. Balconcini C.: Suicidio. In Trattato Italiano di Psichiatria, vol.II, Masson, Milano, 1999, pag. 2401.

Cosa è bene che si sappia...

- Impossibilità ad estendere vigilanza e sorveglianza sino al controllo costante 24h/24h
- **Mancanza di leggi scientifiche condivise** secondo cui **con elevata probabilità** la mancata adozione di un esteso sistema di vigilanza (o di un modello terapeutico) è seguito da suicidio
- Carezza (o assenza?) di dati di letteratura, ampie casistiche che confermino che l'adozione di misure di vigilanza (o di un singolo modello terapeutico) **impediscono con elevata probabilità il compimento di atti violenti auto/eterodiretti**
- Il comportamento violento è quasi **sempre multi-fattoriale**, determinato e orientato da una moltitudine di fattori di cui la malattia mentale è solo una parte.
- **Una buona cura non è garanzia di buon comportamento.** Le due cose a volte coincidono, a volte (tante volte) no.

Cosa è bene che si sappia...

- **non si possono mettere in atto in maniera indiscriminata e generalizzata misure limitative della libertà per il solo fatto che si tratta di pazienti psichiatrici**, per i quali il rischio di comportamenti abnormi è insito nella specificità della patologia;
- possono essere ammessi in **situazioni cliniche limite**, che non possono divenire esse stesse terapia ma solo momento - dunque per definizione temporaneo - di un più articolato percorso terapeutico; possono essere prescelte **per fronteggiare condizioni di acuzie clinica** (TSO) **ma non in chiave di prevenzione generica** del comportamento auto/eterolesivo;
- **Misure protettive e/o limitative della libertà** (sottrazione di oggetti, organizzazione di ambienti, sino alla sorveglianza o addirittura alla contenzione) sono di certo in grado di prevenire (o meglio impedire in quel momento) comportamenti incongrui almeno limitatamente al tempo della loro applicazione, ma se estese nel tempo perdono valenza terapeutica e rispondono ad una logica custodialistica che si pone in contrasto con le istanze della cultura e della normativa psichiatrica attuale, che rispetta il consenso e la libertà del malato ed in sostanza **accetta quote di rischio come correlato inevitabile della ricerca della autonomia** e della salute del malato.

In attesa di riformare la sociale pericolosità
modifichiamo procedure e prassi...

Nuovi modelli di interazione
fra DSM, periti e Magistratura

- Al perito\consulente il compito di valutare la sociale pericolosità
- al DSM quella di valutare\trattare i fattori di rischio di comportamento violento

Il percorso di cambiamento

- 1) Dall'identificazione dei fattori di rischio al giudizio medico-legale di pericolosità sociale (perito)
- 2) Dal giudizio di pericolosità sociale al progetto terapeutico-riabilitativo (perito\DSM)
- 3) Il Trattamento e la gestione dei fattori di rischio (DSM)

Diversi punti critici

- Ruolo del perito\consulente
- A chi spettano le decisioni in ordine alla opportunità di modifica\revisione della MdS a trattamento in corso;
- Quale ruolo assume il responsabile della struttura in cui la MdS viene eseguita?
- Quali strumenti utilizzare per la valutazione dei fattori di rischio
- Quali debbono essere gli obiettivi prioritari del trattamento.

Un parere di sociale pericolosità scientificamente orientato

- 1) Identificazione dei fattori di rischio
- 2) Analisi delle strategie di riduzione del rischio
- 3) Valutazione delle possibilità di intervento sul territorio

Protocolli comuni di rilevazione dei fattori
di rischio di comportamento violento
per periti/consulenti ed operatori DSM



REGIONE PUGLIA
Assessorato alle Politiche della Salute
Area Politiche per la Promozione della Salute delle persone e delle pari opportunità
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – Ufficio n.4

Tabella per la valutazione dei fattori di rischio di comportamento violento

Paziente: _____

Data: _____

Items Anamnestici		Code
<i>Code 0 = No/assente, 1 = Parzialmente/possibilità di presenza, 2 = Sì/sicuramente presente</i>		<i>(0, 1, 2)</i>
H 1	Precedenti comportamenti violenti	
H1 bis	Progressione nella gravità delle condotte	
H 2	Giovane età al primo episodio di violenza	
H 3	Instabilità relazionale	
H 4	Problemi di lavoro	
H 5	Problemi di uso di sostanza	
H 6	Patologia Psichiatrica maggiore <input type="checkbox"/> Codificata da valutazioni psichiatriche attuali o passate <input type="checkbox"/> Provvisoria da confermare dopo valutazione psichiatrica	
H 7	Tratti psicopatici <input type="checkbox"/> Codificata da valutazioni psichiatriche attuali o passate <input type="checkbox"/> Provvisoria da confermare dopo valutazione psichiatrica	
H 8	Problemi di adattamento in età giovanile	
H 9	Disturbo di personalità <input type="checkbox"/> Codificata da valutazioni psichiatriche attuali o passate <input type="checkbox"/> Provvisoria da confermare dopo valutazione psichiatrica	
H 10	Precedenti insuccessi nella sorveglianza	
H 11	Progressi TSO <input type="checkbox"/> Se in libertà vigilata (negli ultimi 12 mesi) <input type="checkbox"/> Se in OPG (nei 12 mesi precedenti l'internamento)	
	Totale Items Anamnestici	

Items Clinici <i>Code 0 = No/assente, 1 = Parzialmente/possibilità di presenza, 2 = Sì/sicuramente presente</i>		Code <i>(0, 1, 2)</i>
C 1	Mancanza di insight <input type="checkbox"/> Codificata da valutazioni psichiatriche attuali o passate <input type="checkbox"/> Provvisoria da confermare dopo valutazione psichiatrica	
C 2	Atteggiamenti negativi (verso persone, istituzioni, società)	
C 3	Sintomi attivi di Patologia Psichiatrica Maggiore <input type="checkbox"/> Codificata da valutazioni psichiatriche attuali o passate <input type="checkbox"/> Provvisoria da confermare dopo valutazione psichiatrica	
C3bis	Sintomi attivi di Patologia Psichiatrica Maggiore negli ultimi sei mesi	
C3ter	Uso di alcol o sostanze stupefacenti negli ultimi sei mesi	
C 4	Impulsività	
C 5	Resistenza/Non risposta ai trattamenti	
Totale Items Clinici		

Items Gestione del rischio <i>Code 0 = No/assente, 1 = Parzialmente/possibilità di presenza, 2 = Sì/sicuramente presente</i>		Code <i>(0, 1, 2)</i>
R1	Non praticabilità dei programmi terapeutici (Oggettive difficoltà alla presa in carico)	
R2	Esposizione a fattori destabilizzanti	
R3	Mancanza di supporto personale	
R4	Non aderenza ai programmi terapeutici (riabilitativi)	
R5	Eventi stressanti	
R6	Ambiente familiare non supportivo/indifferente/rifiutante	
Totale Items Gestione del rischio		

Totale HCR-20		
----------------------	--	--

- Chiarezza del perito
- Delimitazione di intervento per il DSM

Identificazione di indicatori di risultato

Magistratura di Sorveglianza per la valutazione sulla opportunità di modifica della forma di Mds (meno restrittiva, diversa forma, etc).



Giudizi clinici sulle modifiche comportamentali ottenute, sui cambiamenti relativi agli indicatori di rischio (e di risultato) identificati all'inizio del trattamento



E' tempo di riprendere l'iniziativa



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
Affiliated to World Psychiatric Association

COMUNICATO STAMPA

Sono ancora oltre 1000 i detenuti-pazienti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

CHIUSURA DEGLI OPG, SCACCO IN SETTE MOSSE

ECCO LA 'ROAD MAP' DEGLI PSICHIATRI ITALIANI

La proposta della Società Italiana di Psichiatria è progressiva, ma con tempi molto stretti: monitoraggio dei percorsi di cura, stop all'invio di pazienti alle strutture ancora operative, realizzazione nelle carceri di sezioni dedicate ai malati, aumento dell'assistenza ambulatoriale dei dipartimenti di salute mentale nelle carceri, chiusura di un OPG ogni sei mesi, percorsi extradetentivi e soprattutto passare dal concetto di 'pericolosità sociale' a 'bisogno di cura'

“La vera premessa per il superamento dell’OPG – conclude il prof. **Mencacci** – è – per usare un concetto caro al prof. Roberto Catanesi, presidente della Società Italiana di Criminologia e ordinario di psicopatologia forense all’Università di Bari – **l’abolizione delle misure di sicurezza psichiatriche e la cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica**. Chiudere gli OPG e non chiudere il rubinetto che li ha alimentati in tutti questi anni vuol dire solo spostare su altre strutture il problema lasciandolo immutato, anzi aumentando i costi sociali ed elevando i rischi professionali. In altri termini è necessario passare dal concetto di *sociale pericolosità* intesa come probabilità di nuovi comportamenti delittuosi (prospettiva intrinsecamente legata alla difesa sociale) al *bisogno di trattamento*, inteso come necessità clinica che un paziente giudiziario può anche soggettivamente non avere e che può essere imposta da un Giudice. I manicomi, nel ’78, furono abbattuti insieme al concetto di “*pericoloso a sé e agli altri*”. Furono chiuse le strutture insieme al pregiudizio del malato sempre pericoloso. Gli OPG si possono (e devono) chiudere insieme ad una riforma profonda delle misure di sicurezza (e anche dell’imputabilità) e alla **cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica**”.

Contribuire a definire il contenuto scientifico della posizione di garanzia in Psichiatria



Definizione dei limiti di intervento dello psichiatra e di rispetto del bilancio fra obblighi di cura e protezione



Richiamo a trattamenti diagnostico-terapeutici improntati al rispetto delle migliori evidenze scientifiche

La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale?

- Accettazione acritica di precetti di condotta medica di provenienza giurisprudenziale
- *“Immersi in un clima di paura, intrisi di sensi di colpa, autocritiche spesso ingiustificate... vengono spinti ad una progressiva perdita di coscienza delle peculiarità delle proprie competenze e degli obblighi intrinseci alla loro professione (Fiori, 2007)....*