

Studi sperimentali

La responsabilità dello psichiatra

Duties and liabilities for psychiatrists

ANNA COLUCCIA¹, GIULIA NUCCI², ALESSANDRO CUOMO³, MATTEO BENVENUTI²,
FELICE CARABELLESE^{4*}, ANDREA FAGIOLINI³, MARIO GABBRIELLI²

*E-mail: felicefrancesco.carabellese@uniba.it

¹Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena; UOC Soddifazione Utente e Sociologia Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

²Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena; UOC Medicina Legale, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

³Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena; UOC Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena

⁴Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università di Bari Aldo Moro, Bari

RIASSUNTO. Una significativa casistica giunta alla nostra attenzione in corso di attività professionale medico-legale ci ha fornito lo spunto per approfondire alcuni aspetti della professione dello psichiatra e le possibili conseguenti contestazioni di responsabilità professionale sia penale che civile. Abbiamo proceduto con un'analisi della letteratura, per poi esaminare il contenuto delle pronunce giurisprudenziali, cercando di delineare i principali profili di responsabilità di tale specialista, con particolare riferimento agli atti auto- ed etero-aggressivi del paziente psichiatrico. Ed è proprio la peculiarità della disciplina, di per sé mancante di elementi oggettivabili attraverso esami di laboratorio e strumentali, che impone al professionista la massima attenzione nella tenuta della documentazione clinica, sia ambulatoriale sia ospedaliera, che rappresenta l'unico elemento di giudizio a disposizione, del medico legale prima e del giudice poi, per poter escludere profili di colpa di natura omissiva (mancate cure) e commissiva (uso di mezzi di contenzione).

PAROLE CHIAVE: responsabilità dello psichiatra, atti auto-aggressivi, atti etero-aggressivi, contenzione, trattamento sanitario obbligatorio.

SUMMARY. This paper evaluates forensic duties and liabilities for psychiatrists, based on the current literature and based on our experience over several years of forensic medicine practice, involving both criminal and civil cases. We evaluated different scenarios, including cases of patients dangerous to themselves or others. We highlighted the importance to keep adequate and detailed clinical records, both in the inpatient and outpatient setting, given the absence of other objective items (e.g., laboratory records or other instrumental assessments) that may be of help for the judge and his/her counselors.

KEY WORDS: the psychiatrist's liability, auto-aggressive acts, hetero-aggressive acts, restraint, enforced treatment.

INTRODUZIONE

La responsabilità dello psichiatra è un tema molto attuale e dibattuto, con ampi risvolti in ambito giuridico e sociale; ciò per le peculiarità della malattia mentale e con particolare riferimento alle manifestazioni cliniche, che possono esitare anche in tragici eventi, e alla complessità della gestione terapeutica. Allo psichiatra sono infatti richieste non solo una diagnosi, una prognosi e una terapia, come a qualsiasi medico, ma anche una sorta di previsione della condotta che il paziente potrà in essere^{1,2}. L'analisi medico-legale della condotta dello psichiatra è quindi molto difficile, perché lo specialista lavora in una situazione di costante incertezza e tale analisi può essere complicata dall'ambivalenza e dalla contraddittorietà delle pronunce giurisprudenziali relative ai vari ambiti di responsabilità (amministrativo, deontologico, civile e penale)³. In questo contributo vogliamo

portare all'attenzione 6 casi clinici da noi osservati, che riguardano i più frequenti profili di responsabilità in psichiatria; questi casi hanno fornito lo spunto per un riesame approfondito delle rispettive vicende alla luce della normativa di riferimento, della Giurisprudenza e della letteratura medico-legale.

PROFILI "CLASSICI" DI RESPONSABILITÀ DELLO PSICHIATRA

In ambito penale, sono configurabili alcune fattispecie di reato che ricalcano la peculiarità della psichiatria rispetto alle altre specialità tra cui il reato previsto all'art. 591 c.p. (e relative aggravanti quando si concretizza un reato conseguente) di abbandono di persona incapace.

La responsabilità dello psichiatra

Quando richiedere un trattamento sanitario obbligatorio (TSO), come comportarsi con pazienti in regime di TSO rispetto a quelli in trattamento sanitario volontario (TSV), quando applicare la contenzione, e come prevenire gli atti etero-aggressivi e suicidari sono quindi le problematiche più frequenti e peculiari con cui si deve confrontare lo psichiatra e che giungono, poi, all'attenzione del medico legale^{4,5}.

Presupposto imprescindibile dell'operato dello psichiatra è la consapevolezza che con la riforma del 1978 non vige più l'obbligo di custodia e di difesa sociale ma di cura. Il contratto di assistenza sanitaria, stipulato con un paziente psichiatrico, obbliga il medico e la struttura a porre in essere tutte le prestazioni finalizzate alla cura e degenza del paziente sottoposto a trattamento terapeutico e riabilitativo; la difficoltà sta nella gestione di pazienti non collaboranti e non in grado di fornire un valido consenso alle cure.

In tale contesto si inserisce una problematica particolarmente delicata e priva di normativa specifica, ovvero se nelle competenze e nei mezzi dello psichiatra debba rientrare anche la sorveglianza/contenzione dell'infermo, intesa come «gamma di interventi sanitari finalizzati ad impedire nel malato condotte produttive di danno a sé ed agli altri»⁶⁻⁹. La malattia mentale, poi, si manifesta spesso con alterazioni comportamentali: qualora dunque si possa ipotizzare, sulla scorta dell'osservazione clinica, una probabile evoluzione sfavorevole della malattia, sarà dovere dello psichiatra mettere in atto tutti i mezzi a sua disposizione per impedirgli, sino a giungere alla stretta sorveglianza o alla custodia, o alla contenzione, strumento estremo – quest'ultimo – che può essere necessario per l'attuazione del trattamento – sempre, però, nel rispetto della dignità della persona, come ribadito dal Comitato Nazionale di Bioetica nel documento del 24 aprile 2015¹⁰. Tali indicazioni sono rilevabili anche nell'art. 32 del codice di deontologia medica del 2014: «Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona».

L'uso di tali dispositivi non può essere sostitutivo di carenze «ambientali» (per es., carenze di personale), e la loro adozione va regolata anche attraverso protocolli interni alla struttura psichiatrica. È opportuno, anzi necessario, registrare nella documentazione sanitaria la situazione clinica che ha imposto la contenzione, il presidio che si vuole utilizzare e la durata della contenzione (l'ora in cui è stata attuata, le modalità, i tempi di revisione del procedimento, le disposizioni fornite al personale infermieristico, le ragioni del suo protrarsi o della sua sospensione, etc.). La dettagliata indicazione di tali dati è fondamentale anche ai fini processuali. Solo in questo modo è possibile saggiare la correttezza della scelta e sciogliere così qualsiasi dubbio sull'uso punitivo o terapeutico dello strumento contenitivo¹¹.

Se le misure contenitive sono impropriamente messe in atto, ovvero non sono collegate a brevissimo termine con un organico programma terapeutico, possono rappresentare un'inammissibile limitazione dei diritti personali e una gratuita applicazione di violenza che potrebbe esporre il medico al reato di violenza privata (art. 610 c.p.) e di sequestro di persona (art. 630 c.p.). Vi è comunque da dire che tali fattispecie di reato prevedono come elemento soggettivo il dolo e sono difficilmente configurabili nella realtà clinica.

Da una revisione delle sentenze in materia di abbandono

di incapace emerge che la giurisprudenza si è occupata prevalentemente dei casi in cui sia stata omessa una contenzione fisica che era indicata, e questo a prescindere dal fatto che sia conseguito o no un evento dannoso al paziente o a terzi; infatti affinché possa configurarsi il reato di abbandono di persona incapace, ex art. 591 c.p. non è necessario che l'evento si realizzi, trattandosi di un reato di pericolo.

In tal senso va la sentenza di condanna del caso Lampreu del 2008 (Cass. pen. sez. VI, 12 febbraio 2008, n. 6581)¹². Si trattava di operatori di una casa protetta che avevano lasciato a loro stessi i degenti, tutti affetti da patologie mentali croniche e gravi, e per questo privi del tutto di autonomia funzionale e di raziocinio, nonché in diversi casi della capacità di orientamento spazio-temporale. Gli operatori in questione avevano omesso ogni vigilanza nelle ore notturne, come pure di assumere misure di adeguata sorveglianza durante le uscite dalla struttura assistenziale. La Suprema Corte ha ribadito, a sostegno della sussistenza del reato di abbandono di persona incapace, che esso si caratterizza per la natura di reato di pericolo concreto, dovendolo rapportare, appunto in concreto, alla natura dell'incapacità. Non è pertanto necessario che si verifichi un danno nei confronti dell'abbandonato, ma è sufficiente il pericolo, la probabilità del suo realizzarsi.

Sul versante assolutorio, un caso degno di interesse è quello trattato nella sentenza della Corte di Cassazione, sez. IV, n. 19310/2010. Un paziente, affetto da schizofrenia, veniva ricoverato presso un centro terapeutico assistito. Il giovane manifestava crisi di aggressività a causa dei difficili rapporti, in famiglia, con due fratelli insufficienti mentali, con un terzo fratello schizofrenico, col padre ugualmente malato e con la madre tendenzialmente depressa. Nonostante gli ordini di sorveglianza (impedire di uscire dalla clinica se non accompagnato) impartiti al personale dalla responsabile della struttura, il paziente si allontanava dalla struttura sottraendosi alla vigilanza degli infermieri e, dopo qualche giorno, si suicidava. Alla responsabile del centro veniva contestato il reato di cui all'art. 591 co. 3 c.p., per aver omesso di mettere in atto procedure idonee alla vigilanza dei pazienti del reparto, non potendo essere citata come responsabile diretta dell'omesso controllo richiesto al personale infermieristico, non presente nel processo. L'iter giudiziario può essere così riassunto: la direttrice del reparto veniva assolta in primo grado, la Corte d'appello, in riforma di tale sentenza, confermava la non punibilità ai sensi dell'art. 591 ma dichiarava l'imputata responsabile del delitto di omicidio colposo e la Cassazione annullava senza rinvio la sentenza di secondo grado, perché il fatto non sussisteva.

In tutti e tre i gradi di giudizio non venivano ravvisati i presupposti del reato di abbandono di incapace perché, da responsabile del reparto, la direttrice si era adoperata per organizzare un'adeguata sorveglianza dei pazienti.

Verosimilmente sarebbe stato più corretto individuare profili di responsabilità nel reato previsto all'art. 591 c.p. negli infermieri che avevano ricevuto un ordine di sorveglianza sul paziente, scritto nelle consegne e affisso in bacheca.

Nel caso in cui, invece, si metta erroneamente in atto una misura di contenzione con danni al paziente, quali lesioni o morte, possono configurarsi i reati di lesioni personali o di omicidio colposo, previsti rispettivamente dagli artt. 590 e 589 c.p.¹³⁻¹⁶. Una volta disposta la contenzione occorre, dunque, vigilare sull'evolversi del quadro clinico e monitorare la situazione in genere.

Un ulteriore aspetto fondamentale nella gestione di pazienti psichiatrici è il TSO, come indicato all'art. 34 della legge 833/1978, quando «esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere»; si tratta di un presidio eccezionale nell'interesse del paziente e non della collettività, e non più di una misura di "prevenzione criminosa", come previsto dall'art. 32 della Costituzione («[...] Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»).

Come per la contenzione, chiunque violi tali obblighi è esposto a contestazione di reati quali il delitto di violenza privata (art. 610 c. p.) e, ove si verificano danni a carico dell'assistito, il delitto di lesione personale. Solo quando la possibilità di comunicare con il malato viene a mancare o è gravemente deficitaria, e il paziente non è in grado di rendersi conto della gravità della propria condizione, per il trattamento della quale sono necessari e urgenti adeguati provvedimenti terapeutici, e solo quando non è possibile erogare tali trattamenti al di fuori di strutture ospedaliere, il medico può ricorrere al TSO in condizioni di degenza ospedaliera¹⁷.

Il TSO deriva da una precisa disposizione di legge e, pertanto, quando ne ricorrono le condizioni il medico deve intervenire senza rispettare la volontà contraria del paziente.

Altri reati che un medico inadempiente può compiere possono essere l'omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.) oppure l'abbandono di persona incapace (art. 591 c.p.).

L'omissione di atti d'ufficio si può avere per le ipotesi di mancata comunicazione dell'informativa riguardante la prosecuzione o meno del TSO. Delicata è infatti la valutazione del mancato procrastinarsi del ricovero del paziente per insussistenza di un presupposto. Un caso recente è quello trattato nella sentenza della Corte di Cassazione IV n. 18504/12. Due medici vengono imputati di concorso in omissione di atti d'ufficio, per aver omesso di procrastinare il ricovero di un paziente nonostante le sollecitazioni dei genitori. Questi segnalavano il pericolo che il figlio potesse porre in essere comportamenti aggressivi, pericolo poi dimostratosi effettivo con l'omicidio della madre dopo la dimissione dall'ospedale. La Suprema Corte condivide le conclusioni del giudice dell'udienza preliminare, il quale aveva escluso la responsabilità per il reato di cui all'art. 328 c. p. per assenza di volontà e rappresentazione dell'evento, essendo l'omissione di atti d'ufficio un reato punito a solo titolo di dolo. Il ricovero coatto non era stato predisposto poiché il paziente aveva recuperato una condizione di compenso e, di conseguenza, era assente uno dei presupposti del TSO, ossia alterazioni psichiche tali da determinare urgenti interventi terapeutici.

La configurabilità del reato di abbandono di persone minori o incapaci, invece, si ha con la mancata proposta di un TSO dovuto. Un caso giurisprudenziale nel quale è stato contestato, ma poi escluso, il suddetto reato è quello esaminato dalla Corte d'Assise di Cagliari nel 1999. Un giovane affetto da disturbo di personalità di tipo borderline veniva sottoposto a TSO, ma poi dimesso prima che fossero trascorsi i sette giorni previsti dalla procedura. Una volta uscito dalla struttura ospedaliera, il paziente si toglieva la vita. Lo psichiatra che lo aveva dimesso veniva imputato del reato di ab-

bandono di persona incapace, per non aver trattenuto il paziente in ospedale. La sua responsabilità fu però esclusa perché il quadro clinico presente al momento della dimissione non integrava i requisiti per un ricovero coatto.

Particolari fattispecie di responsabilità possono poi sorgere nel caso di lesioni o morte del paziente nel corso di TSO, come evidenziato da un recente fatto di cronaca in cui la Procura di Torino ha chiuso le indagini ipotizzando il reato di omicidio colposo a carico di quattro persone (tre agenti della Polizia Municipale e uno psichiatra che aveva autorizzato il TSO), per la morte di un paziente affetto da schizofrenia verificatasi nel corso di tale misura coercitiva. In tali casi si dovrà valutare, oltre alle manovre che hanno determinato il danno, anche la effettiva necessità del TSO.

Per inciso, ancora irrisolta risulta la delicata questione delle competenze delle forze dell'ordine e del personale sanitario in queste circostanze (Ministero della Sanità Prot. n° 900.3/SM-E1/896 del 21/09/92 come divulgato con circolare del Ministero dell'Interno n. 5300 del 24/08/93; Ministero dell'Interno – Dipartimento della PS – Servizio Polizia Amministrativa e Sociale con la circolare nr. 559-C.17053.14700; circolare del Ministero dell'interno Circolare n. 3/2001 del 20 luglio 2001).

Responsabilità per gli atti auto- ed eteroaggressivi del paziente

Oltre i reati specifici sopra riportati, lo psichiatra può essere chiamato a rispondere delle conseguenze dell'omessa custodia/vigilanza per gli atti auto- o etero-aggressivi del paziente.

Ciò che viene richiesto allo psichiatra è cercare di evitare il suicidio o gli atti aggressivi, usando, nei casi di maggiore delicatezza, attenzioni, prudenza, diligenza, perizia, proporzionate alla gravità della situazione e dei rischi che è consapevole di dover gestire.

Secondo le recenti letteratura¹⁸ e giurisprudenza la responsabilità penale e civile dello psichiatra deve essere individuata in rapporto alla sua "posizione di garanzia"^{19,20} nei confronti del paziente e della collettività. È obbligo giuridico il dovere di protezione e di sorveglianza del paziente, anche in relazione al pericolo di condotte auto-lesive ed etero-lesive. Tale disposizione è regolamentata in forma generica dall'art. 40 c. p. ("Rapporto di causalità") che, al comma II, stabilisce che «non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo».

Il problema medico-legale è valutare l'esistenza o meno di un rapporto di causalità o concausalità tra l'operato dello psichiatra e la condotta aggressiva del paziente, con specifico riferimento alla prevedibilità e alla prevenibilità di tale evento²¹⁻²³.

In proposito è necessario fornire «la prova giuridicamente rilevante che l'intervento psichiatrico – che si assume dovesse essere effettuato e che è mancato per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di norme – sarebbe stato idoneo ad evitare l'evento dannoso», partendo dal presupposto che sono da considerarsi «effettivamente prevedibili solo quelle situazioni nelle quali la storia clinica e le circostanze particolari di quel momento specifico facciano ritenere l'evento dannoso molto probabile e non solo teoricamente possibile»²⁴.

La responsabilità dello psichiatra

In concreto, quindi, si deve dimostrare, con ragionevole certezza, che il fatto di rilievo penale non si sarebbe verificato se, in un particolare momento del decorso storico-clinico del soggetto in terapia, fosse stata posta in essere una specifica azione preventiva²⁵.

A tal riguardo va precisato che sia i gesti eterolesivi sia gli eventi suicidari derivano da molteplici fattori, e pertanto, nell'ambito della valutazione di eventuali profili di responsabilità professionale, sarà necessario tenere in debito conto la effettiva possibilità dello psichiatra di controllare tutte le variabili causali di tale evento²⁶⁻²⁹.

L'elenco dei fattori di rischio (Tabelle 1 e 2) finisce per comprendere molte situazioni cliniche, di gravità diversa tra loro, e una larga fetta di circostanze o eventi esistenziali che di certo possono essere analizzati dallo psichiatra nella valutazione del rischio, ma su cui egli solo in parte è in grado di

intervenire, e che solo in parte rientrano nelle possibilità di intervento tecnico; ed è proprio da qui che nasce la problematica della "prevedibilità" e quindi della "evitabilità" e "prevenibilità" dell'evento suicidario.

Tali concetti, però, calati nella pratica clinica, possono risultare di difficile applicazione. È sempre molto facile, in un giudizio a posteriori, identificare nella storia di un paziente "fattori di rischio" che rendevano il suicidio prevedibile e cogliere comportamenti sospetti. Molto più complesso è il ruolo dello psichiatra, cioè l'attribuire *ex ante* a determinati comportamenti altrettanto determinati significati corrispondenti³⁰.

Lo psichiatra, tenuto conto dei limiti propri delle strutture e delle carenze di personale, ed essendo quasi impossibile poter prevedere quando si potrebbe realizzare l'evento, non è praticamente in grado di impedire, a lungo termine, che un

Tabella 1. Fattori di rischio degli eventi autoaggressivi.

Fattori di rischio biopsicosociali	Fattori di rischio ambientali	Fattori di rischio socioculturali
Disturbi mentali, in particolare disturbi dell'umore, schizofrenia, ansia grave e alcuni disturbi di personalità	Perdita di lavoro o perdita finanziaria	Mancanza di sostegno sociale e senso di isolamento
Alcol ed altri disturbi da abuso di sostanze	Perdite relazionali o sociali	Stigma associato con necessità di aiuto
<i>Hopelessness</i>	Facile accesso ad armi letali	Ostacoli nell'accedere alle cure mediche, soprattutto relative alla salute mentale e all'abuso di sostanze
Tendenze impulsive e/o aggressive	Eventi locali di suicidio che possono indurre fenomeni di contagio	Alcune credenze culturali e religiose (per es., il credere che il suicidio sia una soluzione a dubbi personali)
Storia di trauma e abusi	L'essere esposti ad atti di suicidio, anche attraverso i mass media	
Alcune patologie mediche gravi		
Precedenti tentativi di suicidio		
Storia familiare di suicidio		

Tabella 2. Fattori di rischio degli eventi eteroaggressivi.

Predittori di rischio demografici e anamnestici	Predittori di rischio clinici
Sesso maschile (maggiore frequenza e gravità)	Psicosi: ideazione delirante, allucinazioni uditive, concomitante abuso di alcol e/o sostanze, fasi di acuzie del quadro clinico, fasi di ricovero, scarsa aderenza al trattamento
Età giovanile (anziani con disturbi psico-organici)	Mania: ideazione delirante di grandezza o persecutoria, disorganizzazione del pensiero, tentativi di contenimento o limitazione dei progetti
Basso livello socio- economico	Disturbi di personalità: antisociale, borderline, paranoide
Ridotto supporto sociale	Abuso di sostanze
Disoccupazione	Disturbi psico-organici
Abusi infantili o storia di violenza familiare	
Uso di droghe o alcol (fattori disinibenti)	
Ritardo mentale o danni cerebrali (anche lievi)	
Eventi stressanti (isolamento sociale, problemi economici, cambiamenti improvvisi)	

paziente deciso a uccidersi metta in atto la pratica autolesiva.

Nell'operatività concreta, prescrivere particolare o più alta sorveglianza consiste, in sostanza, nella maggiore attenzione prestata dagli infermieri durante le visite in camera, in controlli più ricorrenti mentre si eseguono le altre attività del reparto, nel fermarsi qualche minuto in compagnia del ricoverato per vedere se si colgono segnali di cambiamento, nel rivolgergli la parola più spesso per sapere come sta. Tutto questo può avvenire, tenendo conto anche della necessità del personale in servizio, ogni 30, 20, 15 minuti al massimo, lasciando comunque un tempo più che sufficiente per effettuare un suicidio.

Ecco perché prescrivere maggiore attenzione o sorveglianza è più spesso manovra di "medicina difensiva" che concreto strumento atto a ridurre potenziali rischi autolesivi. Il numero di possibilità di compiere gesti suicidari è pressoché infinita e una prevenzione davvero efficace è impossibile³¹⁻³⁶.

Per quanto riguarda i parametri per l'analisi della condotta, si può far riferimento alle linee guida ministeriali³⁷ per la prevenzione del suicidio in ospedale, che prevedono, al momento della presa in carico del paziente, la raccolta di un'accurata anamnesi al fine di individuare i fattori di rischio da monitorare (demografici, biologici, psichiatrici, correlati ad altre patologie, determinanti sociali) ed eventuali precedenti idee o tentativi di suicidio. Nel percorso clinico-assistenziale e alla dimissione è raccomandato poi il coinvolgimento di più figure professionali (psicologi, infermieri, medici specialisti, medici di medicina generale) e familiari, al fine di un efficace supporto e della maggiore continuità assistenziale. Inoltre, sono di fondamentale importanza sia la formazione e il continuo aggiornamento del personale ospedaliero su particolari percorsi assistenziali dei pazienti a rischio, sia particolari misure di sicurezza da approntare nell'ambiente ospedaliero (ringhiere, serrature di sicurezza, telecamere a circuito chiuso, infissi di sicurezza, strutture e attrezzature che non suggeriscano usi impropri, misure che impediscano di accedere a mezzi per togliersi la vita quali cinture, farmaci, oggetti taglienti, etc.). A tale scopo sono fondamentali le indicazioni che lo psichiatra dovrà fornire al personale infermieristico in servizio presso il reparto di diagnosi e cura.

Come è ovvio, lo psichiatra deve prevenire anche comportamenti aggressivi di questi pazienti verso altri degenti. In tal senso, quindi, la responsabilità del sanitario riguarderà anche la sistemazione logistica dei ricoverati. Ai fini della responsabilità civile per i danni recati a terzi dal malato di mente dichiarato incapace di intendere e di volere, la scelta del criterio normativo potrà basarsi o sull'art. 2047 secondo il quale il risarcimento è dovuto a chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto, o sui classici criteri della responsabilità contrattuale. In ogni caso l'accertamento del giudice dovrà vertere sulla prevedibilità e prevenibilità, da parte dello psichiatra, dei comportamenti lesivi posti in essere dal paziente, nonché sulla valutazione del comportamento del sanitario, in termini di *lex artis*.

La questione della responsabilità dello psichiatra per gli atti eterolesivi e suicidari di un paziente è stata affrontata dalla giurisprudenza in modo controverso. Di fronte ad alcune sentenze che condannano il medico e altre che lo assolvono per situazioni praticamente sovrapponibili, lo psichiatra

può trarre motivi di confusione e di incertezza in quanto non è possibile ricavare un chiaro indirizzo comportamentale.

A conferma di questo riportiamo due sentenze che, sebbene trattino casi tra loro simili (gesti autolesivi del paziente), giungono a decisioni diametralmente opposte³⁸⁻⁴².

Una prima sentenza del Tribunale di Ravenna del 29 settembre 2003 ha escluso la responsabilità di due medici di una struttura psichiatrica per aver concesso di uscire da solo a un paziente che poi, all'esterno, si era tolto la vita. Alla base della pronuncia è stata posta l'insussistenza del nesso di causalità, ravvisata nel fatto che neppure un provvedimento di sospensione del permesso di uscire avrebbe potuto escludere in astratto l'evento suicidario, nemmeno se attuato con modalità anche differenti rispetto a quelle che si verificarono in concreto: «non rispondono di omicidio colposo i due medici responsabili di una struttura psichiatrica per aver concesso il permesso di uscire da solo a un giovane ricoverato affetto da grave disturbo depressivo-psicotico, il quale attuava il suicidio all'esterno, essendo nei casi di specie da escludere sia la colpa dei medici per omessa sorveglianza stante il rischio di suicidio era insito nel tipo di trattamento non custodialistico adottato, sia il nesso causale con l'evento, posto che – anche ipotizzando la sospensione del permesso di uscire – il giovane avrebbe comunque potuto togliersi la vita con modalità diverse». Nonostante fosse concretamente presente la minaccia del suicidio (precedenti tentativi, comportamenti antisociali, abuso di sostanze, contesto familiare disagiato in un paziente borderline), «era impossibile sottoporre lo stesso paziente a una continua e stretta sorveglianza».

Su posizioni opposte si pone la sentenza del Tribunale di Como del 13 novembre 2000, che ha dichiarato la responsabilità per omicidio colposo dello psichiatra il quale, dopo aver disposto il ricovero volontario di una paziente affetta da sindrome depressiva psicotica, aveva autorizzato la sua uscita dalla clinica per prendere un gelato. La donna, pur accompagnata da un'assistente volontaria, priva di adeguata informazione circa i pregressi tentativi di suicidio della ricoverata e della necessaria preparazione per prevenire tali tendenze («priva di specializzazione e di conoscenze medico-infermieristiche»), si era suicidata per defenestrazione dalla sua abitazione. Tale sentenza fu confermata nella pronuncia della Corte di Cassazione Penale, sezione IV del 4 marzo 2004, n.10430, in cui venivano ravvisati i principi cardine alla base dell'imputazione penale e cioè: la configurabilità di un dovere di sorveglianza in capo allo psichiatra anche al di fuori di un TSO, l'accertamento del nesso causale in base al criterio dell'aumento del rischio (nella patologia sofferta dalla vittima era insita una probabilità di gesti autolesivi prevedibili e prevenibili secondo i criteri della prevedibilità in concreto) e la diminuita custodia, e l'esclusione del principio di affidamento che avrebbe negato la responsabilità dello psichiatra. In questo caso il medico, trovandosi in un posizione di garanzia, era responsabile per l'evento dannoso del paziente, sebbene "affidato" a un "consociato": «il sanitario che ha in cura il paziente infermo di mente rimane titolare dell'obbligo della protezione del bene della vita e dell'incolumità individuale del medesimo, per lo meno quando questi risulti pericoloso per sé, come quando sia ad alto rischio suicidario». In definitiva ciò che viene rimproverato al medico non riguarda l'autorizzazione all'uscita della paziente, perché un eventuale diniego sarebbe stato contrario alla legge 180/78 ma le «modalità di affidamento della paziente all'assistente

La responsabilità dello psichiatra

volontaria, nelle quale si è ritenuto, in modo argomentativamente convincente, di apprezzare una superficialità comportamentale qualificata dalla mancata considerazione e dei pregressi comportamenti della paziente (con rischio di recidiva) e dell'inesperienza della volontaria (cui comunque non venivano rappresentate le reali condizioni della paziente e le cautele che dovevano caratterizzare l'uscita per evitare rischi di recidiva). A nulla serviva, invece, che la volontaria e la paziente si fossero discostate dal piano iniziale: ciò che si era programmato e autorizzato era una semplice uscita per prendere un gelato e non la deviazione verso l'abitazione: a monte di questa scelta c'era sempre il comportamento colposo dello psichiatra: «Il rapporto di causalità tra l'azione e l'evento può escludersi solo se si verifichi una causa autonoma e successiva, che si inserisca nel processo causale in modo eccezionale, atipico e imprevedibile, mentre non può essere escluso il nesso causale quando la causa successiva abbia solo accelerato la produzione dell'evento, destinato comunque a compiersi sulla base di una valutazione dotata di alto grado di credibilità razionale e probabilità logica». Tale sentenza è stata peraltro oggetto di numerose critiche in dottrina. Se ne possono qui richiamare alcune, tra le più significative.

Zanchetti⁴³ ha evidenziato una stridente contraddizione nella motivazione dei giudici perché, mentre hanno negato da un lato l'esistenza di un obbligo per lo psichiatra di trattare la paziente presso il luogo di cura ove questa si era volontariamente sottoposta al trattamento sanitario, hanno affermato nel contempo l'esistenza, in capo al predetto medico, di un obbligo di custodia e sorveglianza al di fuori della clinica, inteso come un «dovere di controllare in libertà la paziente, nel senso che, il medico avrebbe il dovere giuridico di permettere al paziente di esporsi a un maggiore rischio suicidario, lasciandolo uscire dalla clinica, ma poi resterebbe responsabile dell'evento lesivo se non riuscisse a evitare questo evento con altri mezzi, diversi dal divieto di uscire»; e ancora, «il patente mancato rispetto, da parte della Corte, di principi di diritto espressi dalle stesse Sezioni Unite, l'altrettanto evidente noncuranza rispetto alla disciplina normativa del trattamento psichiatrico, realizzata da una legge di portata storica come la Basaglia del 1978, la mancata preoccupazione per le conseguenze, nel futuro, sulle decisioni terapeutiche degli psichiatri, che rischiano di essere orientate all'esigenza di proteggere se stessi da possibili decisioni di questo tipo [medicina difensiva] [...]: tutto questo porta l'interprete a manifestare, con grande fermezza, le proprie riserve di fronte alla decisione della Cassazione [...] che rischia di fare precedente in una giurisprudenza abbastanza scarna e quasi tutta di merito».

Anche Maspero⁴⁴ critica questa sentenza perché contiene affermazioni in contrasto con il principio secondo cui ogni tipo di responsabilità penale va accertata «al di là di ogni ragionevole dubbio»: «se la mera violazione di generali regole precauzionali aumenta il rischio di gesti suicidari, si può dire che, solo *ex ante*, esse sono idonee a determinare il proposito suicida di schizofrenici, depressi e quant'altri, ma che *ex post* non sono in grado di fornire una spiegazione particolaristica dell'accaduto, attraverso la quale si possa affermare con certezza, come proprio l'omissione della custodia, o della sorveglianza del medico psichiatra, sia stata condizione necessaria del suicidio». E ancora «i giudici, messi di fronte a una scienza che non dà certezze, scelgono per la responsabilità dell'imputato attraverso il concetto di condizione idonea o di

aumento del rischio». Inoltre, secondo i giudici ci sarebbe un obbligo di intervento anche nei casi di ricovero volontario, cosa che contrasta con l'art. 34 della legge 833/78 e che fa correre il rischio che «le pronunce giurisprudenziali, pur mosse dalla convinzione che le istituzioni psichiatriche salvaguardino il malato, siano d'altro canto persuase che tale tutela può essere effettuata solo con un trattamento di custodia o di sorveglianza». Altro elemento di critica è la prevedibilità dell'evento suicidario. Non essendoci certezze della scienza medico-psichiatrica «al giudice deve rimanere un'unica strada, una decisione di non liquet».

CASISTICA

Caso n. 1

Paziente di sesso maschile di 45 anni che fu ricoverato in regime di TSV in reparto di psichiatria di un ospedale toscano con diagnosi di ingresso di «psicosi cronica riacutizzata». All'ingresso il paziente forniva il consenso alle cure: fu descritto come «lucido, orientato, collaborativo, il pensiero corretto per forma e contenuto». Riferiva di una voce che «rimbombava come un'eco» nella testa, che gli dava continui ordini di suicidarsi. L'anamnesi era negativa per pregressi comportamenti autolesivi. Nel diario clinico, due giorni dopo l'ingresso in reparto, veniva annotato che al mattino il paziente era più tranquillo, ma alle ore 13.55 si allontanava dal reparto scavalcando l'inferriata di un cancello chiuso: a quel punto veniva compilata una proposta di accertamento sanitario obbligatorio.

Appena uscito, il paziente si suicidava gettandosi sotto un furgone che transitava nella strada antistante l'ospedale. Non vi furono risvolti penalistici, in quanto non vi erano stati comportamenti illeciti del personale sanitario. Vi fu però un contenzioso in ambito civilistico, in quanto il conducente del veicolo, un uomo di 72 anni, chiedeva il risarcimento danni alla Azienda per l'insorgenza di un disturbo post-traumatico da stress, che correlava all'investimento del paziente psichiatrico, contestando l'omessa sorveglianza del personale del reparto di psichiatria.

Sulla base della documentazione e degli accertamenti specialistici (fu effettuata anche una valutazione psichiatrica sul richiedente), la richiesta danni fu respinta per insussistenza di comportamenti anti-giuridici:

- 1) il paziente psichiatrico non era stato ricoverato in regime di TSO e pertanto non c'era alcun obbligo di custodia (anzi vi sarebbe stato, in tal caso, il reato di sequestro di persona);
- 2) insussistenza del danno psichico del richiedente; il primo non era correlabile temporalmente all'evento (prima certificazione 18 mesi dopo), il secondo non aveva mai fatto uso di terapia farmacologica.

Nella cartella clinica vi erano dati necessari per poter sostenere quanto sopra riportato: il diario infermieristico era accuratamente compilato, e da questo emergeva chiaramente che erano state fornite al paziente tutte le informazioni sui servizi e sul personale di reparto, sugli orari di visita; gli infermieri avevano verificato (e annotato) che il paziente indossasse indumenti idonei, avevano dato notizia al CSM di riferimento dell'avvenuto ricovero, e illustrato al paziente e ai familiari le norme di sicurezza, etc.; da un punto di vista clinico gli psichiatri avevano erogato prestazioni adeguate alle necessità del paziente. Era inoltre presente la prova di adeguate caratteristiche strutturali del reparto, ben testi-

moniate anche dalle modalità di fuga del soggetto, avvenuta scavalcando l'inferriata di un cancello chiuso.

Caso n. 2

Uomo di 61 anni, affetto da un disturbo depressivo con ritiro sociale e agorafobia, in cura dal 1985 presso un servizio territoriale; dopo un periodo di iniziale beneficio dalla terapia farmacologica, interrotta più volte, si verificava un peggioramento progressivo, con rottura dei rapporti sociali e familiari, chiusura interiore e manifestazioni di stati d'ansia. Nel 2003 frattura di femore trattata chirurgicamente; tale evento scatenava la riacutizzazione del disturbo, con alternanza di fasi di depressione e manifestazioni psicotiche di natura persecutoria. Negli anni 2007-2008 il paziente veniva seguito ambulatorialmente, con cadenza regolare mensile, dal personale del SPDC di un ospedale, disponibile comunque a colloqui telefonici h 24. Come annotato in cartella ambulatoriale, nel dicembre 2008 le condizioni cliniche risultavano migliorate e il paziente manteneva una buona compliance terapeutica. Il 3 gennaio 2009 l'uomo, in possesso di regolare porto d'armi dal 2000, si suicidava con il proprio fucile, all'interno della propria abitazione.

I familiari richiedevano all'ospedale i danni per la morte del congiunto; secondo la loro ricostruzione i medici avrebbero sottovalutato il quadro clinico e non avrebbero così "prevenuto" l'evoluzione letale della vicenda psichiatrica; il profilo di colpa veniva individuato nell'aver ignorato i segni che emergevano dai dati clinici attuali e pregressi del paziente, nonché le continue indicazioni a tal proposito fornite dai familiari.

La richiesta danni fu respinta perché dalla documentazione presente emergeva chiaramente la prova di una corretta gestione del caso clinico: il paziente era stato seguito in regime ambulatoriale, con cadenza regolare, dopo aver espresso consenso al trattamento a cui, in piena autonomia, nonostante il miglioramento clinico, aveva deciso di non aderire completamente. Il paziente era informato della disponibilità dei medici a parlare per telefono o a programmare visite immediate, in caso di problemi o necessità insorte tra un appuntamento e l'altro; si era sempre presentato a visita volontariamente e aveva contattato i medici in caso di necessità. Non vi erano mai stati, pertanto, i presupposti per richiedere un TSO. Inoltre, né attraverso la valutazione della scala di Hamilton, inserita in cartella, né attraverso i colloqui, era mai emersa un'ideazione autolesiva, e per tale motivo non era in alcun modo prevedibile l'evento suicidario. Del resto, nei colloqui dei mesi precedenti all'evento, il paziente aveva mostrato energia nello svolgere le normali attività quotidiane e una conservata progettualità e capacità di infuturarsi: non vi erano, pertanto, fattori predittivi in grado di allertare lo psichiatra.

In definitiva, l'evento suicidario, messo in atto con una arma da fuoco regolarmente detenuta dal paziente, presso la propria abitazione, era latamente prevedibile perché insito nella gravità della patologia psichiatrica, ma non era nel caso in esame prevenibile dal medico psichiatra. Vi è da dire semmai che, nel determinismo del suicidio in esame, erano ravvisabili eventuali responsabilità di altre figure: dei familiari per non aver rimosso le armi dall'abitazione, del medico curante che potrebbe aver omesso l'esistenza di disturbi psichici nella redazione del certificato anamnestico necessario per il rilascio del certificato di idoneità, nonché del medico che aveva effettivamente giudicato l'uomo idoneo al porto d'armi.

Caso n. 3

Una donna di 35 anni, affetta da lungo tempo da disturbo bipolare, con precedenti tentativi autosoppressivi, veniva ricoverata

in un ospedale toscano per essere curata delle ferite addominali, toraciche e agli arti superiori auto-inferte presso il proprio domicilio.

Sottoposta a intervento chirurgico addominale in urgenza, in coda anestesiológica veniva trasferita in una stanza del reparto di Chirurgia, posto al 5° piano, dalla cui finestra, pochi minuti dopo, si gettava, dopo averne strappato la zanzariera.

Il legale dei familiari richiedeva i danni conseguenti al decesso, contestando la mancanza di adozione, da parte della Struttura Sanitaria, di tutte le cautele e procedure necessarie a prevenire il suicidio di pazienti in ospedale. Anche in questo caso, a seguito di istruttoria interna, non furono evidenziati profili di responsabilità professionale.

Il nodo cruciale della vicenda in esame verteva, per come lamentato dai richiedenti, sulla scelta del reparto di degenza e nell'eventuale deficit di sorveglianza a cui poteva essere correlato l'evento suicidario che, secondo la ricostruzione dei fatti, era avvenuto tra le ore 22.30 e le 22.40 dello stesso giorno dell'intervento. Il ricovero nel reparto di chirurgia, sprovvisto di presidi idonei a prevenire gli eventi suicidari (posto al 5° piano e sprovvisto di finestre sigillate), era però necessario per poter monitorare le possibili complicanze post-operatorie di natura chirurgica, le uniche che potevano destare preoccupazione in un paziente sedato, tranquillo, appena sottoposto a intervento chirurgico urgente, sebbene con una patologia psichica degna di videat specialistico. Come si evince dalla cartella clinica, infatti, la paziente era in coda anestesiológica, sedata con morfina in infusione continua («ore 22.30 la paziente dorme»); si trovava a letto, con un drenaggio toracico, catetere vescicale ed esiti di multiple ferite da taglio, due delle quali penetranti in addome. Nulla poteva far presagire che la paziente riuscisse ad alzarsi, rompere la zanzariera della finestra e gettarsi nel vuoto negli unici dieci minuti in cui rimase da sola. L'analisi della cartella clinica fa rilevare, infatti, uno stretto monitoraggio da parte del personale infermieristico, visto che la paziente rientrava dalla sala operatoria alle ore 21.40 circa, veniva visitata dal medico e seguita da un infermiere in ben due accessi diversi, alle 22.30 e alle 22.40. In tali condizioni, non vi era né la possibilità di aggiornare la terapia psichiatrica (paziente sedata), di predisporre una valutazione specialistica con conseguente TSO: nulla poteva far presagire un così repentino, ulteriore tentativo di suicidio.

Caso n. 4

Un uomo di 40 anni, affetto da schizofrenia paranoidea e ritardo mentale lieve, era degente presso un Centro di Salute Mentale dove svolgeva attività di riabilitazione e dal quale era libero di uscire, accompagnato dai familiari. Negli ultimi tempi l'uomo, con storia di precedenti autolesionistici, veniva valutato maggiormente partecipativo alle attività di gruppo e di laboratorio. Nel gennaio 2014, dopo aver assunto regolarmente la terapia (alle ore 20.30), si allontanava senza permesso dalla struttura socio-assistenziale e alle ore 21.50 veniva mortalmente investito da un'auto in una strada ad alto scorrimento, poco distante. La salma fu sottoposta a esame autoptico su richiesta della Procura della Repubblica: uno dei quesiti posti dal Pubblico Ministero al CT chiedeva esplicitamente se l'uomo fosse «in condizioni di provvedere a se stesso e in che misura». Dall'analisi della documentazione in atti fu possibile sostenere che, sebbene affetto da un grave quadro psichico che ne condizionava la possibilità di gestirsi e fare dei programmi e pertanto di condurre una vita autonoma, l'uomo non era disorientato e quindi era in grado di uscire da solo e di fare brevi passeggiate. In considerazione della ben documentata adesione alla terapia e partecipazione all'attività riabilitativa nel pe-

La responsabilità dello psichiatra

riodo antecedente il decesso, l'evento mortale (di cui non esistevano prove testimoniali per poterlo inquadrare come suicidio o evento accidentale) non era prevedibile; il soggetto, al momento della "fuga", non necessitava di particolari misure di cautela e di sorveglianza continua.

Caso n. 5

Si tratta del decesso per occlusione intestinale di un uomo di 31 anni affetto da ritardo mentale e disturbo dello spettro autistico, con gravi problemi di comportamento caratterizzati da aggressività auto- ed etero-diretta (per es., era privo dell'occhio destro a causa di ripetuti traumatismi autoprovocati e anche l'occhio sinistro aveva subito, per lo stesso motivo, un intervento chirurgico per distacco della retina), e ingestione di vario materiale estraneo, che aveva causato negli anni problemi clinici con ricorsi al pronto soccorso; l'uomo era residente presso un Casa di cura protetta per pazienti psichiatrici. Nei giorni precedenti il decesso erano stati annotati, nella cartella ambulatoriale, diversi episodi di vomito alimentare e successivamente uno stato di disidratazione, una lieve ipotensione e uno stato soporoso. Dal medico di guardia, nel sospetto di una semplice virosi gastrointestinale, era stato prescritto un attento monitoraggio delle condizioni cliniche, senza richiesta di accertamenti strumentali. Fu eseguita l'autopsia giudiziaria, nel corso della quale all'apertura dell'intestino tenue veniva rilevata la presenza, alla distanza di 65 cm, a monte dalla valvola ileo-cecale, di un corpo estraneo di colorito marrone, con superficie irregolare, apparentemente costituito da nastro adesivo accartocciato, occupante tutto il lume. Sulla base di tali evidenze macroscopiche fu possibile concludere che la morte dell'uomo era stata determinata dallo squilibrio idroelettrolitico verificatosi come conseguenza della persistente sub-occlusione intestinale provocata dall'ingestione del corpo estraneo rinvenuto nel lume ileale. Dato che i primi sintomi erano comparsi alcuni giorni prima, al realizzarsi della morte concorsero in modo rilevante i comportamenti negligenza del personale che avrebbe dovuto assistere l'uomo. Era nota infatti la tendenza del soggetto a ingerire corpi estranei, tanto che era già stato sottoposto a trattamenti per la loro rimozione: la persistenza del vomito alimentare doveva quindi quantomeno indurne il sospetto. Un comportamento corretto avrebbe dovuto imporre l'invio al Pronto Soccorso per accertamenti strumentali (rx addome, TAC); una corretta diagnosi avrebbe posto l'indicazione a trattamenti terapeutici tesi a ristabilire l'equilibrio idroelettrolitico e a rimuovere il corpo estraneo con un intervento chirurgico, evitando così l'*exitus*.

Caso n. 6

Si tratta del caso di un uomo di 40 anni, ricoverato in una struttura ospedaliera, che aggredì un altro degente, deceduto a distanza di venti giorni per le lesioni riportate. Il nostro ultimo caso riguarda pertanto l'accertamento di profili di responsabilità dello psichiatra per tali atti etero-aggressivi. L'aggressore, affetto da disturbo psicoaffettivo con tratti di bipolarità, al momento del ricovero in regime di TSO, in quanto accettava le terapie e si mostrava collaborante con gli infermieri, presentava uno stato di agitazione psicomotoria con accelerazione ideativa, deliri con temi mistico-religiosi, erotici e persecutori. In cartella clinica veniva annotato un comportamento violento nei confronti del padre, dei carabinieri intervenuti e dei soccorritori. La sera stessa l'uomo, sfuggito al controllo degli infermieri addetti alla sua vigilanza, si introduceva in un'altra camera e colpiva un degente con pugni sul

torace, provocando un trauma contusivo toracico anteriore, con conseguente morte del soggetto. In seguito a tale evento veniva attivata la procedura di TSO. L'autopsia giudiziaria evidenziò che la morte era stata causata dalle lesioni riportate nell'aggressione; furono infatti riscontrate multiple fratture costali e sternali, infiltrazione emorragica dei tessuti sottocutanei e muscolari toracici, mediastinici, del pericardio, nonché un emotorace; tali lesioni hanno senza dubbio aggravato il complesso quadro patologico di base (paziente cardiopatico ed affetto da grave BPCO), determinando uno scompenso cardio-circolatorio mortale.

Per quanto riguarda il profilo di colpa dello psichiatra, l'aggressore (come riferito peraltro anche dai sanitari nelle sommarie informazioni raccolte dai Carabinieri), al momento del ricovero era agitato, aveva già messo in atto recenti atti di violenza contro i familiari e pertanto necessitava di trattamenti urgenti e cautelativi. Sono stati dunque evidenziati alcuni profili di colpa, sia nella tardiva attivazione del TSO sia nell'errata logistica di reparto: il paziente doveva essere infatti ricoverato in una stanza isolata, da cui non fosse possibile raggiungere altri degenti.

CONCLUSIONI

La revisione della casistica alla luce della letteratura di merito e delle pronunce della Giurisprudenza ci permette di focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti particolarmente importanti e delicati per lo psichiatra.

La disciplina presenta infatti caratteristiche peculiari e come tale necessita della massima attenzione da parte del professionista nella tenuta della documentazione clinica, sia ambulatoriale sia del reparto, l'adeguatezza della quale ci ha permesso, nei casi di richieste danni esaminati, di poter escludere profili di colpa di natura omissiva. Ricordiamo infatti come le ricostruzioni degli eventi, fonti di contenzioso penale e civile, sono sempre esaminate *ex post* e lo psichiatra non ha a disposizione esami strumentali che forniscano un'oggettiva definizione del quadro clinico, ripetibile nel tempo. Pertanto, dovendo dimostrare la non prevenibilità dell'evento avverso, risulta fondamentale una dettagliata e circoscritta descrizione del quadro clinico, delle disposizioni al personale, dell'organizzazione del reparto, etc.

Ciò assume particolare importanza nell'ambito civile, in cui la struttura risponde a titolo di responsabilità contrattuale; dovrà essere quindi dimostrato, *ex post*, che il personale sanitario coinvolto nella vicenda clinica si è adoperato con tutti i mezzi idonei alla gestione del caso o che l'evento dannoso (lesioni personali verso terzi, atti autolesivi) dipenda da altre cause, indipendenti dall'operato dei sanitari. Quest'ultimo aspetto, come abbiamo visto, se opportunamente descritto nella documentazione è facilmente sostenibile, in considerazione della multifattorialità degli eventi collegati a comportamenti che non possono essere previsti, neppure da idoneo personale.

Applicando tali principi ai casi esaminati, abbiamo potuto rilevare come la documentazione clinica fosse pressoché costantemente completa ed esaustiva; ciò ha permesso di impostare efficaci condotte difensive, come per esempio nel caso di suicidio del paziente, potendo escludere che vi fossero i requisiti per una contenzione, per un TSO o comunque per una maggiore sorveglianza rispetto a quanto effettivamente predisposto dal personale.

Nel caso n. 5, concluso con un giudizio di responsabilità professionale, non fu contestato un deficit di sorveglianza, bensì la mancata diagnosi dell'occlusione intestinale. In questo caso, quello che rileva non è solo e non tanto il non aver evitato l'ingestione del corpo estraneo, quanto il non aver adeguatamente considerato il quadro clinico instauratosi in un paziente con analoghi precedenti comportamentali.

Nel caso n. 6, una volta stabilito il nesso tra l'aggressione e la morte, il punto centrale è stabilire se il paziente psichiatrico avesse necessitato, al momento dell'ingresso in ospedale, di una maggiore sorveglianza o di un trattamento coatto.

A tal proposito giova ribadire il concetto che, per l'analisi di vicende cliniche psichiatriche, risulta del tutto fondamentale, nonché previsto dalla Legge Gelli in ambito giudiziario (in tal senso va anche il Codice di Deontologia Medica), che al medico legale sia affiancato un consulente psichiatra.

Come parametro di riferimento per l'analisi della condotta dello psichiatra, ma anche per la professione medica in tutti gli altri ambiti, il Legislatore ha introdotto, prima con la Legge Balduzzi del 2013, poi con la recentissima Legge Gelli sulla responsabilità professionale, approvata in Parlamento in data 28 febbraio 2017^{45,46}, le linee guida, che le società scientifiche dovranno pubblicare entro due anni, e che dovranno essere periodicamente aggiornate; esse, se rispettate e correttamente adattate al caso concreto, fanno escludere la colpa in ambito penale.

La centralità delle linee guida è stata ribadita da una recente pronuncia della Sez. IV della Cassazione Penale, la n. 28187 del 20 aprile 2017; l'occasione viene fornita da un ricorso all'ultimo grado di giudizio in un classico caso di responsabilità colposa di un medico psichiatra, dirigente di un centro di salute mentale, per gli atti etero-aggressivi (omicidio a colpi di ascia) compiuti da un paziente nei confronti di un altro malato inserito nella medesima struttura.

Dopo aver richiamato in passaggi preliminari le vicende processuali, ribadendo quanto osservato nelle precedenti sezioni del presente contributo a proposito della peculiarità dell'accertamento della responsabilità colposa degli psichiatri, i giudici focalizzano l'attenzione proprio sulla necessità di verificare se l'operato dello psichiatra si sia basato su «eventuali codificate procedure formali ovvero di protocolli o linee guida».

Nella sentenza viene osservato che le linee guida, come più volte sostenuto dalla Giurisprudenza di merito, sono per natura delle «direttive di massima, che devono confrontarsi con la peculiarità di ciascuna situazione concreta, adattandovisi»; viene anche evidenziata la «volontà di costruire un sistema istituzionale, pubblicistico di regolazione dell'attività sanitaria, che ne assicuri lo svolgimento in modo uniforme, appropriato conforme ad evidenze scientifiche controllate», finalizzata a «superare le incertezze manifestatesi dopo l'introduzione della Legge 189/2012 a proposito dei criteri per l'individuazione delle direttive scientificamente qualificate».

In buona sostanza, le linee guida forniranno precise indicazioni al giudice «in ordine all'esercizio del giudizio di responsabilità» secondo il nuovo art. 590-sexies, tenendo conto del seguente quadro di sintesi⁴⁷:

a. occorrerà fare riferimento a eventi che costituiscono espressione di condotte governate da linee guida accreditate sulla base di quanto disposto dalla Legge Gelli-Bianco all'art. 5, e appropriate al caso concreto, in assenza di ragioni che suggeriscano di discostarsene;

b. le raccomandazioni dovranno essere pertinenti alla fattispecie concreta;

c. non assumeranno rilievo condotte che si pongano nell'ambito di relazione terapeutica governata da linee guida appropriate, ma che non risultino disciplinate da quel contesto regolativo, ovvero siano connotate da negligenza e da imprudenza e non da imperizia.

Infine, risulta doveroso sottolineare come i giudici pongano l'attenzione sul fatto che «il catalogo delle linee guida non può esaurire del tutto i parametri di valutazione» e che dovranno essere utilizzate, come metro di giudizio (come previsto peraltro dal Legislatore nella recente disposizione di Legge), anche le «buone pratiche clinico-assistenziali» che emergono da studi ancora non recepiti dal sistema normativo ma ampiamente condivisi dalla comunità scientifica.

Sarebbe quindi opportuno che le società scientifiche accreditate correlassero strettamente le linee guida non solo alle evidenze cliniche, ma anche alla routine ospedaliera e ambulatoriale poiché, una volta emanate e approvate dal Ministero della Salute, esse rappresenteranno direttive di condotta che lo psichiatra dovrà tenere massimamente presenti per non incorrere in ipotesi di colpa professionale, in ambito sia penale sia civile.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Giusti G. Errori in psichiatria ed esame medico-legale delle loro conseguenze. http://www.criminologia.it/casistica/errori_psichiatria.htm.
2. La Marca M. La responsabilità professionale del medico psichiatra. <https://goo.gl/FecFXQ>
3. Feola T. Responsabilità professionale in psichiatria: aspetti medico-legali. *Minerva Med Leg* 2005; 125: 31-43.
4. Baraldo M. Gli obblighi dello psichiatra, una disputa attuale: tra cura del malato e difesa sociale. *Cass. pen.* 2008; 12: 4638.
5. Cupelli C. La responsabilità colposa dello psichiatra tra ingovernabilità del rischio e misura soggettiva. *Diritto Penale e Processo* 2012; 9: 1104-14.
6. Castiglioni R, Flores A. Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali. *Riv Sperim Freniatr* 1987; 111: 137.
7. Catanesi R, Troccoli G, Carabellese F. La contenzione in psichiatria. Profili di responsabilità professionale. *Riv It Med Leg* 2003; 25: 1005.
8. Catanesi R, Troccoli G, Carabellese F. La responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria. In: Catanesi R, Ferrannini L, Peloso P (a cura di). *La contenzione fisica in psichiatria*. Milano: Giuffrè, 2006.
9. Fiori A. La responsabilità professionale del medico e dello psichiatra nella tutela della salute mentale. *Medicina e Morale* 1983; 33: 223.
10. Comitato di Bioetica. La contenzione, problemi bioetici. *Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri*, 8 maggio 2015.
11. Norelli GA, Magliona B, Monelli A. La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico-legali. *Riv It Med Leg* 1999; 21: 1063.
12. Giunta F. *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza dei legittimità (2004-2010)*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 2011.

La responsabilità dello psichiatra

13. Gualandri G, Davolio MC, Pelosi S, Beduschi G. Morte del paziente psichiatrico sottoposto a misure di contenzione fisica. Atti 34° Congresso Nazionale SIMLA. Sorrento, 9-12 giugno 2004.
14. Charles F. Restraint-related fatalities in mental health facilities: report of two cases. *Am J Forensic Med Pathol* 2000; 21: 210-2.
15. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraint. *Gerontologist* 1992; 32: 762-6.
16. Mohr WK, Mohr BD. Mechanisms of injury and death proximal to restraint use. *Arch Psychiatr Nurs* 2000; 14: 285-95.
17. Carabellese F, Taratufolo R, Candelli C, Grattagliano I, La Tegola D. ASO-TSO, emergency interventions: has anything changed? Old and new psychiatrist's professional responsibilities. *Riv Psichiatr* 2012; 47: 294-303.
18. Dodaro G. La posizione di garanzia degli operatori dei servizi psichiatrici per la prevenzione di comportamenti auto- o etero-aggressivi del paziente. Gli orientamenti della giurisprudenza penale (1978-2010). In: Dodaro G (a cura di). *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*. Milano: Franco Angeli, 2011.
19. Girolami P, Jourdan S. Lo psichiatra e il suicidio del paziente: viaggi attraverso le categorie giuridiche delle "obligations de sécurité" e degli "obblighi di protezione". *Rivista Italiana di Medicina Legale* 2001; 1: 53-65.
20. Garganti A. La congenita indeterminatezza degli obblighi di protezione: due casi "esemplari" di responsabilità ex art. 40 comma 2 c.p. *Diritto Penale e Processo* 2004; 11: 1390-407.
21. Eagles JM, Klein S, Gray NM, et al. Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide: a perspective from north-east Scotland. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 494-6.
22. Simon RI. The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999; 27: 445-50.
23. Lipsedge M. Clinical risk management in psychiatry. *Qual Health Care* 1995; 4: 122-8.
24. Jourdan S. La responsabilità dello psichiatra per le azioni compiute dal paziente: concetto di prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo. In: Jourdan S, Fornari U (a cura di). *La responsabilità del medico in psichiatria*. Torino: Centro Scientifico Editore, 1997.
25. Barbieri C, Luzzago A. Il comportamento aggressivo in psichiatria: un approccio ermeneutico come chiave di prevenzione del rischio e di valutazione della responsabilità professionale. *Rassegna Italiana di Criminologia* 2010; 1: 191.
26. Barbieri C, Danesino P. La responsabilità professionale dello psichiatra per i reati violenti commessi dal paziente: riflessioni su una casistica peritale. *Riv It Med Leg* 2012; 3: 1103-24.
27. Nivoli GC, Lorettu L, Nivoli LF, Nivoli AMA. Osservazioni psichiatrico-forensi in tema di imputazioni e condanne agli psichiatri per il suicidio del paziente. *Journal of Psychopathology* 2012; 18: 66-74.
28. Piras P, Sale C. Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra. *Cass. pen.* 2010, 4, 1471 ss.
29. Marra G, Pezzetto S. La responsabilità dello psichiatra nella giurisprudenza successiva al L.N.180 del 1978. *Cass. pen.* 2006, 10, 3429.
30. Biondi M, Iannitelli A, Ferracuti S. On the unpredictability of suicide. *Riv Psichiatr* 2016; 51: 167-71.
31. West JC. Professional liability: no duty to prevent unforeseeable suicide. *J Healthc Risk Manag* 2002; 22: 33-4.
32. Blinder M. Suicide, psychiatric malpractice, and the bell curve. *J Am Acad Psychiatry Law* 2004; 32: 319-23.
33. Packman WL, Pennuto TO, Bongar B, Orthwein J. Legal issues of professional negligence in suicide cases. *Behav Sci Law* 2004; 22: 697-713.
34. Franchitto N, Mathur A, Franchitto L, Gavarrì L, Telmon N, Rougé D. Emergency suicide care in France: the psychiatrist's liability as seen in case law. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 472-9.
35. Garvey KA, Penn JV, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 363-70.
36. Schultz D. Defending the psychiatric malpractice suicide. *Health Care Law Mon* 2000; 13-26.
37. Raccomandazione n. 4, marzo 2008. Prevenzione di suicidio di paziente in ospedale. Ministero della Salute.
38. Maspero M. La responsabilità del medico per il suicidio del paziente alla luce della recente giurisprudenza di merito. *Riv It Med Leg* 2005; 4-5: 777-833.
39. Di Salvo E. Nesso di causalità e responsabilità dello psichiatra per il suicidio del paziente (Nota a Cass. sez. IV pen. 4 marzo 2004 n. 10430). *Diritto e Formazione* 2005; 8-9: 1133-56.
40. Maspero M. Una discutibile sentenza della cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra. *Riv It Med Leg* 2004; 6: 1246-63.
41. Iadecola G. Responsabilità del direttore di una casa di cura per il suicidio di una paziente affetta da sindrome depressiva. *Diritto Penale e Processo* 2004; 9: 1148-51.
42. Catanesi R, Carabellese F. Suicidio e responsabilità professionale. *Riv Psichiatr* 2011; 46: 75-88.
43. Zanchetti M. Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione. *Cassazione penale* 2004; 9: 2859-71.
44. Maspero M. Mancata previsione di un evento suicidiario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro? *Riv It Med Leg* 2002; 3: 913-55.
45. Rodriguez G. Responsabilità professionale. Via libera dalla Camera al ddl Gelli. Linee guida all'Iss, audit precluso alla magistratura e responsabilità extracontrattuale anche per i convenzionati. Ecco il testo approvato. *Quotidianosanita.it*. 28 gennaio 2016.
46. Roccatagliata L. Il Ddl Gelli è legge. Ecco tutte le novità in tema di responsabilità medica. *Giurisprudenza Penale Web* 2017, 3.
47. Cupelli C. La legge Gelli Bianco e il primo vaglio della Cassazione; Linee Guida sì, ma con giudizio. *Diritto Penale Contemporaneo*, 13 giugno 2017.