



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXI • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti...
Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia
di Giannelli A.

11 Psichiatria e Salute Mentale
Le nuove prospettive di lavoro per la SIPL
di Percudani M. e Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica
Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting
di Giannini C., Viganò V., Zavatto F. e Amatulli A.

25 Favorire la salute psichica nei figli di pazienti con gravi disturbi psichici
Criticità ed opportunità
di Beraldo S. e Biffi G.

29 Quaranta anni di riforma psichiatrica
La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella tutela della salute mentale
di Damiani T.

43 Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali
di Fumarola G., Frediani G., Biagi M.P., Parini A., Salvi V., Migliarese G. e Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

49 L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico
di Mantovani R.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN COPERTINA: Giuseppe Croff, *Suora Velata*, 1860.
National Gallery of Art, Washington, D.C.



PSICHIATRIA FORENSE

L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico

Renato Mantovani

Il cardine normativo sul quale si deve ragionare quando si parla di affidamento del paziente psichiatrico può essere individuato in quanto disposto nell'art. 40 del Codice penale che testualmente recita: "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo. "

Tale norma con chiarezza evidenzia come una condotta che viola un comando o un divieto imposto dalla legge, sostanziandosi in un'azione od omissione, sia da ritenersi penalmente perseguibile.

Condotta od omissione sono da ritenersi a loro volta legate ad uno specifico evento per potere determinare quello che viene definito come nesso di causalità.

Per maggiore chiarezza si può affermare che avremo un nesso che lega l'azione o la omissione ogni qualvolta l'evento raffigurabile come reato si verifica a causa di una azione od omissione posta in essere da un soggetto che per la sua posizione (quale può essere quella del medico psichiatra) sarebbe tenuto a comportarsi o non comportarsi nelle forme il cui mancato rispetto porta

all'evento dannoso e che come tale gli viene attribuito come responsabilità professionale sia in ambito del diritto penale che di quello civile.

Un tale rigore, che può sicuramente apparire come eccessivo e disincentivante al corretto esercizio della professione, viene però ad essere mitigato da una interpretazione giurisprudenziale e dottrinale che va sotto il nome di "causalità adeguata" secondo la quale per individuare un nesso causale tra azione o omissione e l'evento dannoso penalmente imputabile al soggetto individua come necessariamente provato che l'evento sia determinato da un comportamento concretamente idoneo a determinare l'effetto dannoso riscontrato.

Questo con una valutazione di "normalità" da individuare sulla base della comune esperienza, non ritenendo pertanto imputabili quegli eventi che secondo il buon senso comune al momento dell'azione o della omissione di un determinato comportamento erano ragionevolmente ritenuti come sostanzialmente improbabili.

Nell'ambito della responsabilità professionale sanitaria per individuare la esistenza o meno di un nesso causale azione/omissione ed evento si ricorre, vista la specificità della materia, ad una cosiddetta "causalità scientifica", che viene individuata cercando una reale sussistenza

di ipotesi validanti dal punto di vista scientifico quali possono essere appropriate linee guida o in assenza di questa confacenti principi di buona pratica clinica, la cui violazione o non corretta applicazione sia da ritenere determinante ai fini dell'evento.

A tal fine viene attuata una specifica indagine secondo un'analisi che viene chiamata "contro fattuale" per la quale individuato astrattamente il comportamento da ritenersi correttamente applicabile al caso concreto in esame e come tale in grado di condurre con un'alta probabilità logica ed una credibilità sia razionale che scientifica alla soluzione positiva del caso clinico, si valuta se il sanitario imputato di malpractice vi si sia adeguato o meno.

La risposta negativa comporta una valutazione di colpevolezza penalmente perseguibile.

Fatta questa doverosa premessa e venendo allo specifico esame della "posizione di garanzia" che compete al medico psichiatra nei confronti del paziente che prende in carico, sia in ambito ospedaliero che di trattamento terapeutico privatistico, si può ritenere che la richiamata posizione di garanzia si concretizzi in uno specifico obbligo giuridico di tutela di un paziente che ha particolari caratteristiche di fragilità imputabili ad una "malattia" mentale.

Il problema che ne consegue ritengo sia poi quello di potere definire cosa si intenda per "malattia mentale".

È ormai giurisprudenza costante quella che attribuisce allo psichiatra uno specifico obbligo giuridico, scaturente appunto dal sopra esaminato art. 40 del codice penale, di impedire al paziente che ha in cura tutti i possibili atti auto ed etero aggressivi o lesivi che lo stesso può porre in essere sia in regime di ricovero che in fase di cura in regime di non ricovero.

Ne consegue che lo psichiatra dovrebbe essere a priori ritenuto responsabile per non avere impedito, con "idoneo" comportamento o trattamento, il suicidio del paziente o tutti quegli atti auto o etero lesivi da questi commessi nel corso del trattamento al quale viene sottoposto sia in regime volontario che coattivo (T.S.O.)

Questo sul presupposto che la posizione di garanzia

del medico verrebbe a concretizzarsi quando nella pratica operativa del clinico si instaura una qualsivoglia relazione terapeutica con il paziente.

Rapporto che può avere alla sua base una prestazione contrattualmente stabilitasi, come nel caso di paziente che si affidi volontariamente ad un medico psichiatra liberamente scelto, ma anche extracontrattuale quando il paziente viene assegnato al medico di turno in quel momento in base alla normativa pubblicistica che prevede un generalizzato dovere di tutela della salute come nel caso di ricovero in una struttura ospedaliera o in comunità protette o ad un accesso ad un C.P.S.

La posizione di garanzia verrà pertanto a concretizzarsi ogni qualvolta si realizzi un rapporto assistenziale tra il medico ed il paziente e permane poi anche in seguito anche in capo al clinico che riveste nella struttura sanitaria interessata un ruolo apicale anche se questi ha provveduto unicamente ad una formale distribuzione degli incarichi all'interno della struttura ad altro collega.

Responsabilità in parte affievolita se all'interno del reparto vi sono corrette indicazioni sullo svolgimento delle relative attività idoneamente formalizzate e con costante monitoraggio sulla loro applicazione.

Posizione di garanzia che diventa più pregnante nel caso nel quale si sottoponga il paziente ad un A.S.O. o ad un T.S.O.

Qui giova ricordare ancora una volta quanto disposto dall'art. 32 della nostra Costituzione, il quale ritiene che un corretto trattamento sanitario deve essere diretto non soltanto a migliorare o preservare lo stato di salute del paziente, ma anche a proteggere l'incolumità degli altri soggetti/cittadini.

In relazione a quanto esposto allo psichiatra compete il non facile compito di valutare se esista o meno una presunzione di pericolosità comportamentale del malato mentale al fine di indurre trattamenti coatti nel rispetto del principio secondo cui ogni trattamento sanitario debba essere accettato dal paziente con le uniche eccezioni della reale e comprovata esigenza terapeutiche di sotto-

porre forzatamente, in senso stretto, ad atti impositivi.

Ma come si può sempre essere sicuri di trovarsi in presenza di un quadro clinico che riveli un chiaro e indiscutibile disturbo nel paziente con gravi alterazioni psicotiche che consigliano (meglio dire impongano) un serio trattamento anche coattivo quando il paziente esprima invece un netto diniego allo stesso nonostante i ripetuti inviti del medico o dell'equipe sanitaria?

Come ritenere pertanto che il trattamento lo si debba considerare come obbligatorio in presenza di un dissenso espresso dal malato, valutando che la non attuazione di un T.S.O. possa arrecare un possibile pregiudizio a terzi?

Quesito che allo psichiatra si presentano quotidianamente ma che purtroppo non può e credo non potrà mai trovare una risposta univoca che permetta una decisione presa in piena serenità secondo "scienza e coscienza".

E sul presupposto che il T.S.O. venga legittimamente disposto quando vi siano valide ragioni per ritenere che il paziente possa compiere un gesto auto o etero lesivo con modalità tali da recare danno a terze persone chi garantisce il medico che a posteriori il soggetto interessato da tale trattamento, una volta terminato e venuti meno i presupposti che lo hanno indotto, non intenti una azione legale ritenendo che non ve ne fossero i presupposti e che quindi sia stato compiuto un abuso sulla sua persona e sulla sua libertà decisionale penalmente perseguibile?

Tutte domande alle quale non è e non sarà mai possibile dare una risposta dirimente e tranquillizzante per l'operatore sanitario a cui compete sempre una posizione di garanzia dalla quale non può prescindere ma nell'esercizio della quale non può "eccedere".

Il principio di affidamento richiama poi il concetto di "posizione di garanzia" che si concretizza nelle funzioni di protezione attribuite al medico psichiatra nei confronti del paziente (anche se non sottoposto a ricovero coatto), che si sostanziano nell'obbligo di apprestare specifiche cautele, in caso di concreto rischio di condotte etero e autolesive, anche suicidarie

Utile a questo punto è richiamare un autorevolissimo

intervento del Dr. Paolo Piras, Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica di Sassari, pubblicato a commento della sentenza della Cassazione Penale del 22 novembre 2011 n. 4391 su Diritto Penale Contemporaneo nell'ormai lontano 2012 ma ancora perfettamente attuale:

"Linee guida sul rischio suicidario

In termini generali, rimane la domanda, spietatamente pratica: fino a che punto lo psichiatra può rischiare il suicidio del paziente senza rischiare penalmente? Quale modello comportamentale deve seguire?

Il tanto proposto agente modello, appare qui improponibile. Lo psichiatra modello è uno psichiatra fantasma. Con sano realismo: non esiste. Se indossiamo ancora il camice e pensiamo allo psichiatra modello, non sappiamo a chi pensare, per sapere se dobbiamo ricoverare il paziente. Forse il massimo delle cautele. Ma lo psichiatra modello non può essere quello che ricovera tutti i pazienti, perché così non li cura, ma li terrorizza.

D'altra parte anche lo psichiatra modello, a pensarci bene, non è poi così modello. Sia detto senza ironia: anche l'agente modello ha un difetto: la mancata puntualità. Arriva sempre in ritardo, a suicidio avvenuto, a dirci come si sarebbe comportato. Giustifica il suo ritardo raccontandoci ogni volta la favola della riacquistata verginità gnoseologica, del ritornare indietro nel tempo facendo finta di non sapere come sono andate a finire le cose. Insegna agli psichiatri come depurare il cervello dal senno di poi.

E allora: accogliamo l'invito della sentenza di servirci dell'aiuto degli esperti per tracciare il confine fra rischio lecito e illecito.

Serviamoci di questo aiuto prima ancora che il suicidio avvenga. Dell'aiuto che giunge dalle società scientifiche mediante la sintesi della miglior scienza, operata nelle linee guida.

La fattispecie colposa, si sa, è aperta: va chiusa. Ci sono pagine del codice penale che sono state lasciate volutamente in bianco, perché il diritto non può vivere senza la scienza. Con riguardo al rischio suicidario non possono che essere le società scientifiche a scrivere quelle pagine. Compito non certo agevole, perché il quadro suicidario non è facilmente obiettivabile. Occorre fare i conti con le due solite obiezioni all'uso delle linee guida in sede giudiziale: l'obiezione "clinica" e l'altra "economicista".

Per la prima, l'attività medica non si lascia incasellare in regole predefinite, perché la clinica può sempre smentire la regola. Ma l'obiezione non è decisiva: le linee guida sono solo raccomandazioni di comportamento clinico. Non si pretende una rigida applicazione di esse, ma comunque devono fungere da faro di orientamento. Nel linguaggio giuridico possiamo dire che possono funzionare come regole cautelari elastiche, come del resto avviene in altri settori della colpa.”

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni