

# LA POSIZIONE DI GARANZIA DEGLI OPERATORI PSICHIATRICI

Giurisprudenza e clinica a confronto

a cura di Giandomenico Dodaro



*Studi e ricerche*

Scienze  
Umane  
e Sanità

FRANCOANGELI

*Collana “Scienze Umane e Sanità”*

Direttore scientifico: Corrado Viafora

Scienze della Formazione, Università degli Studi di Padova

Segreteria scientifica: Enrico Furlan

La Collana “Scienze Umane e Sanità” è promossa dalla Facoltà di Scienze della Formazione dell’Università degli Studi di Padova, contestualmente all’attivazione del Corso di Laurea Interfacoltà (Scienze della Formazione, Medicina e Psicologia) in Educatore Professionale nei Servizi Sanitari e del Corso di Laurea in Educazione Sociale, Culturale e Territoriale. Essa si articola in due sezioni: “Studi e ricerche” e “Studi in bioetica”.

Le aree tematiche, collegate agli obiettivi formativi di questi nuovi corsi e alle richieste della Programmazione Regionale del Veneto, riguardano questioni e problemi che caratterizzano in maniera crescente il nostro contesto culturale: *tendenze demografiche*, sempre più caratterizzate dalle dinamiche e dai bisogni di una società che invecchia; *stili di vita a rischio*, con particolare riferimento a condizioni di dipendenza e di emarginazione; *situazioni evolutive critiche*, che accompagnano i passaggi di vita più significativi; *evoluzione epidemiologica*, marcata dall’incidenza di malattie croniche e degenerative; *attenzione ai soggetti vulnerabili*, con particolare riferimento all’area della disabilità sia fisica che psichica e relazionale; *dinamiche interne alle istituzioni socio-sanitarie*, con particolare riferimento alla promozione dell’integrazione socio-sanitaria; *umanizzazione dei Servizi Socio-sanitari*, con attenzione alle situazioni in cui i soggetti sono più deboli e richiedono un adeguato accompagnamento; *ampliamento delle professionalità coinvolte nel sistema di cure* con l’opportunità da una parte di una più adeguata capacità di rispondere ai bisogni del paziente e con il rischio dall’altra di frammentare l’intervento terapeutico; *promozione della partecipazione e del senso di cittadinanza* in un’ottica centrata sulle risorse della persona.

La Collana intende mettere a fuoco in particolare i nuclei tematici più radicali in grado di unificare le varie attività professionali che si riferiscono alla salute. Alla base di questa scelta c’è la convinzione che questi nuclei tocchino le *dimensioni* specificamente *umane* di salute-malattia, cura e relazione di aiuto, professione e istituzione sanitaria, genitorialità, anzianità e vecchiaia, limite e disabilità, autonomia e dipendenza, fase terminale e morire; dimensioni che all’interno degli attuali approcci sempre più tecnici e specialistici rischiano di essere occultati.

**Comitato scientifico della collana:**

*Antonio Autiero*, Seminar für Moraltheologie, Università di Münster  
*Camillo Barbisan*, Centro regionale trapianti, Regione Veneto  
*Paolo Benciolini*, Medicina e Chirurgia, Università di Padova  
*Enrico Berti*, Lettere e Filosofia, Università di Padova  
*Pierre Boitte*, Centre d'Éthique Médicale, Università cattolica di Lille  
*Adriano Bompiani*, Presidente Onorario del Comitato Nazionale per la Bioetica  
*Roberta Caldin*, Scienze della Formazione, Università di Bologna  
*Adele Cavedon*, Psicologia, Università di Padova  
*Umberto Curi*, Lettere e Filosofia, Università di Padova  
*Francesco D'Agostino*, Presidente onorario Comitato Nazionale per la Bioetica  
*Roberto Dell'Oro*, Department of Bioethics, Loyola Marymount University, Los Angeles, CA.  
*Giovanni Federspil*, Medicina e Chirurgia, Università di Padova  
*Ettore Felisatti*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Luciano Galliani*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Diego Gracia*, Facoltà di Medicina, Università Complutense, Madrid  
*Henk Ten Have*, Unesco, Parigi  
*Daniela Lucangeli*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Gaia Marsico*, Scienze Politiche, Università di Padova  
*Alessandro Martin*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Giuseppe Micheli*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Paola Milani*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Elisabetta Palermo Fabris*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Michael Parker*, Ethox Centre, Oxford University  
*Antonio Pavan*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Gianpietro Rupolo*, Dirigente Regione Veneto  
*Silvio Scanagatta*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Paul Schotsmans*, Centre for Biomedical Ethics and Law, Università cattolica di Lovanio  
*Carlo Scilironi*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Paolo Tessari*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Ines Testoni*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Paul Valadier*, Centre Sèvre, Parigi  
*Tiziano Vecchiato*, Fondazione Zancan, Padova  
*Paolo Vineis*, Faculty of Medicine, Imperial College, London  
*Carla Xodo*, Scienze della Formazione, Università di Padova  
*Renzo Zanotti*, Medicina e Chirurgia, Università di Padova  
*Paolo Zatti*, Scienze Politiche, Università di Padova

---

# **LA POSIZIONE DI GARANZIA DEGLI OPERATORI PSICHIATRICI**

Giurisprudenza e clinica a confronto

a cura di Giandomenico Dodaro

**FRANCOANGELI**

---

L'opera è stata pubblicata con il contributo del Dipartimento dei Sistemi Giuridici ed Economici dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Per accedere all'allegato online è indispensabile seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca Multimediale del sito **www.francoangeli.it** registrarsi e inserire il codice **EAN 9788856834000** e l'indirizzo email utilizzato in fase di registrazione

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

## Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>M. Clerici</i>	pag.	9
<b>Presentazione</b> , di <i>G. Dodaro e del gruppo di “Lettera aperta 2009”</i>	»	15
<b>Introduzione</b> , di <i>D. Pulitanò</i>	»	19
<b>1. 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)</b> , di <i>G. Dodaro</i>	»	33
1. Premessa	»	33
2. Base dell’indagine	»	34
3. Andamento temporale dei processi e loro esito	»	35
4. Ipotesi di responsabilità penale dell’operatore psichiatrico. Quadro d’insieme	»	38
5. Ipotesi di responsabilità commissiva	»	39
5.1. Morte o danni cagionati alla salute del paziente per errori diagnostici o terapeutici	»	40
5.2. Suicidio del paziente a seguito di rifiuto del ricovero	»	42
5.3. Suicidio del paziente a seguito di riduzione della terapia farmacologica	»	44
5.4. ‘Agevolazione’ del delitto commesso dal paziente	»	45
6. Inquadramento teorico della questione della posizione di garanzia dell’operatore psichiatrico. Il fondamento normativo	»	47

7. Presupposti e limiti della posizione di garanzia dell'operatore psichiatrico	»	50
8. Classificazione delle posizioni di garanzia dell'operatore psichiatrico e loro giustificazione sostanziale: posizione di protezione e posizione di controllo	»	56
9. La posizione di garanzia dell'operatore psichiatrico come problema di disciplina della sicurezza nei luoghi di cura nei recenti interventi normativi	»	60
10. Posizione di garanzia dell'operatore psichiatrico e libertà di autodeterminazione del malato di mente	»	65
11. Il problema del controllo sul paziente in relazione ai diversi modelli culturali di psichiatria compatibili con la legge n. 180.	»	69
12. Ripartizione di competenze tra potere normativo e sapere tecnico-scientifico nell'individuazione delle tecniche di controllo sul paziente	»	75
13. Tecniche di controllo sul paziente ricoverato a rischio suicidario	»	78
13.1. Intervento all'interno degli Spdc	»	78
13.2. Intervento in caso di dimissioni o di fuga del paziente dalla struttura di ricovero	»	84
13.3. Intervento nei confronti del paziente autorizzato ad uscire temporaneamente dalla struttura di ricovero	»	86
14. Tecniche di controllo sul paziente ricoverato con connotati di aggressività	»	88
14.1. Intervento all'interno degli Spdc	»	88
14.2. Intervento all'interno delle comunità residenziali	»	91
14.3. Intervento per la prevenzione degli incidenti in reparto	»	98
15. Carenze strutturali e organizzative degli Spdc come giustificazione dello sconfinamento dai limiti dell'agire psichiatrico?	»	100
16. Interventi sanitari obbligatori	»	104
17. Considerazioni conclusive su tipo e intensità del controllo sul paziente psichiatrico nella giurisprudenza penale	»	112

<b>2. La psichiatria: confrontiamoci con indagini, procedimenti e sentenze, di A. Amatulli, T. Maranesi, G. Pittini, E. Varrani</b>	»	117
1. Introduzione	»	117
2. Prima premessa: i nuovi scenari	»	119
3. Seconda premessa: le contraddizioni nucleari	»	119
4. Il trattamento sanitario obbligatorio	»	121
5. La prevedibilità	»	123
6. Ulteriori profili della questione emersi nel confronto tra psichiatria e giurisprudenza	»	126
<b>3. Il rischio e la responsabilità dell'operatore psichiatrico nei servizi di psichiatria di comunità, di L. Ferrannini</b>	»	131
1. Contenzioso, rischio e responsabilità: paradigmi in movimento	»	131
2. Il caso del Dsm di Imola: una vicenda emblematica	»	134
3. Il lavoro nel campo psicologico e psichiatrico: dove sono i problemi?	»	137
4. I nuovi profili di responsabilità	»	138
4.1. I confini dell'area della responsabilità	»	139
4.2. I limiti dei modelli di intervento e la sfida dell'appropriatezza	»	140
4.3. L'obbligo di garanzia	»	143
4.4. Lo stigma	»	145
5. Conclusioni	»	145
<b>4. Linee guida, vincolo normativo o supporto? Ovvero, l'operatore in bilico tra filo d'Arianna e richiamo del pifferaio magico, di S. Borghetti e A. Erlicher</b>	»	149
1. Introduzione	»	149
2. Riferimenti normativi	»	149
3. Adozione, produzione e percezione di linee guida: tra agenzie governative, società scientifiche e servizi	»	151
4. Chi produce le linee guida e in base a quali riferimenti nosografici? Le criticità	»	152
5. Le linee guida prodotte all'interno dei servizi	»	153
6. Linee guida: quale percezione e quali ricadute all'interno dei servizi? Una <i>survey</i> in alcuni C.p.s. lombardi	»	154

7. L'utilizzo delle linee guida: i punti di vista dall'amministratore al clinico	»	157
8. Linee guida: quali responsabilità ed applicabilità	»	158
9. Il problema del rapporto tra ottimizzazione economica e qualità dell'intervento	»	159
10. Il problema della specificità della psichiatria	»	160
11. La miglior gestione del rischio corrisponde in psichiatria alla miglior qualità e scelta dell'intervento?	»	160
12. Conclusioni	»	161
13. Una riflessione finale. Rapporto tra linee guida e autonomia-professionale	»	162
<b>5. Contesto di cura e posizione di garanzia: riflessioni ad uso Spdc e residenze, di G. Agnetti e A. Righi</b>	»	165
1. Premessa	»	165
2. I danni collaterali della preoccupazione	»	166
3. La posizione di garanzia e le garanzie per gli operatori	»	168
4. Alcune considerazioni a margine alla sentenza del Tribunale di Bologna, sez. Imola, 23 giugno 2006	»	170
5. Conclusioni	»	174
<b>6. Violenza e disturbi mentali: cosa dicono i dati?, di A. Barbato</b>	»	177
1. Introduzione	»	177
2. Disturbi mentali e probabilità di comportamenti violenti	»	178
3. Disturbi mentali e rischio di subire violenza	»	182
4. Servizi psichiatrici e violenza	»	183
5. Il rischio lavorativo in psichiatria	»	185
6. Conclusioni	»	187
<b>“Lettera aperta 2009”</b>	»	189
<b>Bibliografia</b>	»	195
<b>Gli autori</b>	»	205

## **Prefazione**

di *Massimo Clerici*

Il volume proposto da Giandomenico Dodaro e dal Gruppo di Lavoro “Lettera aperta 2009” ha l’indubbio merito di fermare l’attenzione degli psichiatri, degli operatori psicosociali e dell’opinione pubblica più sensibile ai grandi temi del sociale su un contenuto di indubbia complessità quale si rivela, da tempo, la domanda di controllo sociale – più o meno esplicita – e su tutte le condizioni nelle quali la psichiatria è richiesta di incrementarlo alla luce dei profondi cambiamenti in atto nella società contemporanea.

Tale richiesta o, meglio, quell’ampio spettro di condizioni che la sostengono ci sembra partire primariamente, oggi, da un presupposto abbastanza semplice che si è sedimentato negli ultimi anni. Tale presupposto si sosterebbe sul fatto che la forte contrazione quantitativa - in assoluto - dei luoghi esplicitamente dedicati al controllo sociale (manicomi, ospedali psichiatrici giudiziari, carceri, comunità terapeutiche, ecc.) o che la presunta esiguità dei posti letto a disposizione per il contenimento delle situazioni psicopatologiche più gravi e dei comportamenti a rischio ad esse correlate abbiano, in particolare, origine dalle difficoltà create a partire dalla lenta realizzazione delle strutture alternative ipotizzate dalla legge n. 180 in poi. Queste strutture, altrettanto o maggiormente valide per l’esercizio di più “moderne” forme di controllo sociale o, quantomeno, in grado di permeabilizzarsi rispetto all’esistente (lentamente ma progressivamente attivato negli anni) con quella flessibilità che viene richiesta oggi dal rapido modificarsi delle patologie psichiche o dei comportamenti di devianza, sarebbero nell’attualità largamente insufficienti.

Motivazioni principali di tale insufficienza sarebbero sia la difficoltà di realizzarle a seguito di una legge n. 180 “incompiuta”, sia la mancanza di condivisione – ideologica o politica – sul modello di psichiatria all’interno della quale incardinarle e svilupparle.

Nei fatti questa spiegazione risulta – a mio modesto parere – decisamente semplicistica, in quanto “dietro” a tali argomentazioni sta, in realtà, la

richiesta di un esercizio del controllo sociale che possa rispondere effettivamente e fattivamente ai cambiamenti del pensiero collettivo sul tema e l'insistenza di un approccio radicalizzato che, negli ultimi dieci anni, ha portato buona parte della popolazione a chiedere, ancora una volta in assoluto, più restrizioni, più verifiche del concetto di "legge ed ordine" e, in sintesi, un maggiore contenimento dei fenomeni di devianza rispetto a tendenze più aperturiste di matrice sostanzialmente post-sessantottina.

Tali richieste si riferiscono – e lo sappiamo bene – non solo al controllo degli aspetti più problematici della malattia mentale, ma anche alla gestione dei fenomeni correlati alla tossicodipendenza, piuttosto che al *management* dei flussi migratori o alle posizioni da prendere nella sfera delle libertà cosiddette civili.

Ma quante responsabilità finiscono per essere attribuite, in relazione a tutto ciò, solo alla psichiatria e quante possono essere condivise con altri soggetti istituzionali e individuali?

Non sembra facile rispondere a tale attribuzione di responsabilità da parte di una disciplina – la psichiatria – che ha visto passaggi epocali nel corso degli ultimi cinquant'anni, passaggi che – senza dubbio alcuno – la rivestono di ruoli profondamente modificati rispetto alla disciplina che per tantissimo tempo veniva riconosciuta e accettata soprattutto in relazione all'identità "forte" che la caratterizzava e che, grazie a questo, esprimeva chiaramente i propri obiettivi in piena sintonia con le richieste sociali.

In primo luogo si può dire, allora, che la psichiatria – abbandonando la comoda posizione di disciplina di confine tra quelle biologiche (organicistiche, in particolare) e le scienze umane (psicologia, filosofia e sociale) ha visto modificare, primariamente, la propria identità nella direzione di un'afferenza squisitamente medica avvicinandosi alle "altre sorelle" della medicina attraverso la forte spinta operata dalle neuroscienze. Peraltro, la perdita della sede naturale del suo potere (il manicomio) la depauperava, sostanzialmente, non solo di letti ma, ancora una volta, di quell'identità "forte" che negli anni del suo fulgore era rappresentata – nell'immaginario collettivo – dalla piena assunzione di ogni possibilità di esercizio del potere di controllo/segregazione dell'altro da sé non riconosciuto dalla comunità o ampiamente marginalizzato dal vivere sociale collettivo. Le regole socialmente condivise, a questo proposito, rappresentavano un confine ben delineato dal manicomio come area di separazione tra chi le faceva proprie e chi, almeno apparentemente, le rifiutava o risultava – causa le caratteristiche della patologia psichica – non essere in grado di elaborarle e, appunto, di farle proprie.

Nei fatti, il dibattito sul cosiddetto "residuo manicomiale" non ha mai saputo offrire all'opinione pubblica un'occasione valida per un appron-

dimento radicale su quanto il manicomio abbia rappresentato nei secoli e, soprattutto, su come ci si potesse/dovesse re-settare su una visione moderna e profondamente diversa della psicopatologia, dei suoi cambiamenti nel tempo e delle modificazioni che tali cambiamenti richiedevano anche in tema di risposte di controllo sociale collettivo.

Questa breve riflessione mi serve, dunque, per ricollocare il senso del lavoro del gruppo di “Lettera aperta 2009”, assolutamente meritorio in quanto rigorosamente ispirato ad una verifica di tali cambiamenti storici e dell’attuale posizione dello psichiatra e della disciplina psichiatrica o, meglio, dell’area dello psicosociale nella fase attuale della storia del nostro paese.

Nei fatti non si può dire che questo complesso e spesso insoddisfacente dibattito sia esclusivamente e tipicamente italiano o che le difficoltà che sembrano emergere da queste considerazioni non siano attive anche negli altri paesi, in particolare quelli della società post-industriale avanzata. Anche il mondo anglosassone vive, vivacemente, tali contraddizioni determinandone però un filo conduttore che, oltre ad animare il dibattito collettivo, ha saputo – forse più rapidamente di noi – coinvolgere gruppi di opinione direttamente interessati al tema. Tra questi, in particolare, le associazioni di familiari e di utenti o i gruppi – più o meno radicali – che chiedono alle istituzioni e ai soggetti professionali che in esse si muovono (le società di psichiatria, i gruppi sindacali di categoria, ecc.) di prendere posizione sul tema.

Le opinioni in merito sono sicuramente differenziate e talvolta contrapposte e non è raro trovare gruppi di pazienti o associazioni di *advocacy* fortemente posizionate sul tema del rifiuto del controllo sociale esercitato dalla psichiatria o, sull’altro fronte, associazioni di familiari che dichiarano la loro richiesta di corresponsabilizzazione nelle decisioni che riguardano tali temi recriminando piuttosto l’attribuzione di tale potere di scelta esclusivamente all’istituzione psichiatrica in senso stretto.

Non devono essere dimenticate, infine, le interferenze derivanti dai cambiamenti giurisprudenziali avvenuti nelle diverse legislazioni in tema di esercizio del controllo sociale e riaffermata invece, ancora una volta, la necessità che esista un terreno di mediazione tra magistrati, legislatori e professionisti sanitari in grado di favorire una reale osmosi delle competenze reciproche ed un miglioramento progressivo di tale evoluzione storico-legislativa alla luce dei nuovi bisogni della nostra disciplina.

Credo, con franchezza, che questo dibattito faccia veramente bene alla psichiatria attuale e non solo nella dimensione di una rivitalizzazione di una disciplina che, con molta probabilità, nell’ultimo ventennio ha sostanzial-

mente perso il suo ruolo storicamente propulsivo tra le scienze umane e quelle biologiche ma, soprattutto, in relazione al suo necessario riposizionamento ideologico nella società attuale. Mancherebbe certo ancora, in questa dimensione dei problemi (e il testo qui presentato, infatti, ne è privo), il necessario e forte contributo dei cosiddetti “consumatori”, ma ben sappiamo come nel nostro paese la voce del consumatore dei “prodotti sanitari” di area psichiatrica sia ancora fortemente contratta e limitata da pregiudizi di natura sociale che stentano ad essere superati nonostante i trent’anni dalla legge n. 180. In fondo manca ancora una visione, appunto dalla parte del consumatore, che in altri campi della medicina ha mostrato avanzamenti considerevoli e vede i protagonisti del “consumo dei prodotti sanitari” ormai a pari dignità degli erogatori degli stessi.

Si può sottolineare però, con sufficiente tranquillità, come il tempo che ci aspetta nella direzione auspicata possa restringersi permettendo a tutti noi, nel breve, di recuperare tali posizioni: ciò avverrà se contributi analoghi a quelli presenti in quest’opera verranno riproposti e discussi altrove e se la risultante di tali discussioni animerà confronti pur aspri sul terreno dei diritti civili o di quei contenuti a forte valenza etica che la società attuale continuamente ci ripropone.

La fase successiva alla legge n. 180 non ha saputo ancora, a mio modesto parere, porre con chiarezza una decisiva preferenza a favore di un determinato modello culturale di psichiatria e, soprattutto, far luce su quanto i modelli esperienziali attualmente a disposizione incidano effettivamente sul piano dei limiti entro cui il necessario controllo del paziente possa essere realmente esplicitato all’interno degli attuali contesti terapeutici senza pregiudicare l’efficacia della cura.

Parimenti, la fase successiva alla legge n. 180 non ha fatto luce nemmeno sul fatto che un orientamento giurisprudenziale, in grado di assecondare esigenze e pratiche di controllo sul paziente, possa determinare effetti sull’immagine sociale della malattia mentale, del malato affetto da disturbi psichici o del professionista e dell’istituzione che lo curano.

Queste domande restano probabilmente, a tutt’oggi, insolute e solo una profonda crescita culturale dell’opinione pubblica – alimentata da una altrettanto esplicita disposizione degli operatori a rendere sempre più chiaro e comprensibile il senso del loro lavoro e la qualità delle prestazioni erogate nei loro servizi – potrà far comprendere, parallelamente, tutte le situazioni in cui il controllo sul paziente debba essere giudicato necessario, opportuno e irrinunciabile a partire da una precisa definizione dei contesti di cura, delle loro peculiarità e delle loro caratteristiche trasformative ed evolutive – nei confronti del paziente – ma anche del loro valore sociale e della dire-

zione dei rapidi processi di trasformazione che una società in continua evoluzione richiede e determina.

Non credo di essere presuntuoso nel dire che questo volume è una buona traccia in questo senso e che il lavoro dei molti colleghi che vi hanno contribuito a partire dalle loro esperienze professionali di questi anni rappresenta un primo tassello necessario alla costruzione di un dibattito, magari turbolento e disarmonico, ma sicuramente necessario al progredire delle conoscenze in ambito psicopatologico, psicosociale e sanitario nel nostro paese.

Milano, 12 marzo 2011



## Presentazione

di *Giandomenico Dodaro e del gruppo di "Lettera aperta 2009"*

Nessuna branca della medicina ha forse percorso un cammino complesso e dialettico come la psichiatria. E come nessuna, la psichiatria ha portato con sé il riflesso dei tempi, e dai tempi che attraversava si è fatta plasmare o deformare. In Italia il passaggio dalla psichiatria dei manicomi alla psichiatria comunitaria dei servizi territoriali rimane un paradigma, modello che deve essere imitato. Ma agli entusiasmi che hanno accompagnato e seguito la riforma e le nuove prassi viene ad affiancarsi la fatica del normale lavoro quotidiano, del fare giorno per giorno, mentre il campo di lavoro (psicopatologia) e la cornice dello stesso (società, dinamiche relazionali) si sono fatti via via sempre più complessi, meno etichettabili, multiformi, imprevedibili.

La psichiatria di comunità, divenuta infine adulta dopo trent'anni e ormai dotata di più o meno delle strutture previste, conferma da una parte la bontà del proprio modello di fondo, e dall'altra parte esprime importanti criticità che portano la maggior parte degli operatori a riflettere su indirizzi in parte rinnovati dal lavoro nei confronti della malattia mentale.

La rivista WPA dell'Associazione mondiale di psichiatria esce quest'anno con un importante documento che esamina le grandi criticità che oggi si presentano nella assistenza psichiatrica di comunità, considerata di fatto il modello generale di riferimento: indietro non si torna, quindi, ma si può procedere ancora meglio.

Negli ultimi tempi in Lombardia un gruppo di operatori dei servizi si è coagulato, pensando alla legge n. 180 come a un caposaldo della pratica psichiatrica, ma esprimendo la consapevolezza che esista una sorta di 'fiato corto' nella stessa, una debolezza innanzitutto culturale, intesa come pensiero progettuale e condivisione esplicita di principi di fondo, leggera asfissia nella quale gli operatori dei diversi servizi si muovono senza contatti, con poche idee innovative, metodi stanchi. È comunque importante rilevare

come la Lombardia si sia distinta da altre realtà regionali per una attività legislativa e amministrativa legata al rinnovamento della disciplina psichiatrica assolutamente chiara e positiva, intervenendo, in questi anni, in tutti gli ambiti della stessa e fornendo agli operatori cornici e strumenti in parte nuovi e stimolanti. Purtroppo a questa realtà si va contrapponendo nei singoli servizi, nelle singole Aziende Ospedaliere, quella frammentazione e quel sentimento di stanchezza culturale sopra accennato.

Il gruppo di operatori che nel 2009 ha diffuso la “Lettera aperta a tutti coloro che operano nella salute mentale in Lombardia” vuole appunto cercare di unire persone e forze dietro a idee, se possibile nuove e forti, per la psichiatria. Nel 2009 ha organizzato il seminario “Salute mentale e società della paura” e quest’anno, incoraggiato dalla affluenza del 2009, ha riunito le persone interessate per un secondo incontro dal titolo “La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. La giurisprudenza, la clinica, i profili di responsabilità”. Il seminario, organizzato con la collaborazione della Cattedra di diritto penale della Facoltà di giurisprudenza dell’Università degli Studi di Milano – Bicocca, si è tenuto il giorno 8 giugno 2010 presso il medesimo Ateneo, con il patrocinio e il contributo del Dipartimento dei Sistemi Giuridici ed Economici, della WAPR, della cooperativa sociale “Il Portico” e dell’associazione culturale “Amici di Lorenzo”.

L’iniziativa è stata pensata e realizzata con il contributo di studiosi del diritto e operatori dei servizi. L’idea è stata quella di mettere a confronto prospettive differenti su una questione complessa e cruciale, su cui il dibattito è ancora aperto dopo più di trent’anni dall’emanazione della legge n. 180, ossia: la sussistenza in capo all’operatore psichiatrico di una c.d. posizione di garanzia, in grado di fondare un’eventuale responsabilità penale in caso di suicidio o di delitti perpetrati dal paziente. Si tratta di un tema che riguarda innanzi tutto e segnatamente il piano dei doveri dei professionisti dell’area psichiatrica, ma che viene ad intersecare anche questioni relative ai modelli e alle pratiche di controllo sociale della popolazione con problemi di salute mentale.

I relatori del seminario e alcuni componenti del gruppo di “Lettera aperta 2009” hanno voluto proseguire l’iniziativa approfondendo e, ove necessario, rielaborando le tematiche e gli spunti più importanti emersi nel corso del seminario stesso. Il volume che ne è derivato, e che raccoglie opinioni anche discordi, frutto di formazioni e sensibilità diverse, vuole cercare di offrire un contributo di riflessione al dibattito capace di tenere vivo l’interesse su un aspetto ormai da tutti ritenuto sempre più cruciale e ineludibile nella pratica e nella identità professionale degli operatori dell’area psichiatrica.

Il libro è corredato da un allegato *on line* al sito: <http://www.francoangeli.it>, ove sono rese disponibili numerose sentenze, inedite o di difficile reperibilità, citate nei saggi pubblicati nella presente opera.



## Introduzione

di *Domenico Pulitanò*

1. Le questioni di responsabilità giuridica dello psichiatra, per fatti lesivi o auto-lesivi del paziente, sono questioni che interessano ugualmente, da punti di vista diversi, il mondo dei giuristi e il mondo degli psichiatri. Giuristi e psichiatri sono (siamo) direttamente implicati in ruoli diversi.

Questa introduzione, affidata a un giurista, ovviamente rispecchia il linguaggio e il punto di vista del giurista, ma vorrebbe servire all'incontro di linguaggi e di ragioni diverse, radicate nei mondi rispettivi del giurista e dell'operatore psichiatrico. L'incontro ha bisogno di una preliminare messa a fuoco dei termini del problema, o meglio di problemi, al plurale, al confine fra il mondo normativo di cui si occupano i giuristi e il mondo dei fatti di cui si occupano la scienza e la prassi psichiatrica.

Si tratta di un incontro non solo di linguaggi ma, più in radice, di saperi. E non si tratta di un problema peculiare del campo che qui ci accingiamo a esplorare. Il diritto, che si occupa del mondo dei fatti e della vita, ha bisogno di saperi sul mondo per la stessa costruzione delle norme giuridiche e poi per la loro applicazione. Il diritto odierno si attende dalle scienze il sapere sul mondo di cui ha bisogno: conoscenze fattuali, leggi scientifiche, criteri di accertamento di fatti, tecniche di intervento e di controllo.

Il diritto che si occupa di attività e di responsabilità dello psichiatra ha bisogno del sapere scientifico e tecnico acquisito dalla scienza, nel suo procedere *pedetemptim*<sup>1</sup>, per prova ed errore. Per converso lo psichiatra nell'adempimento dei suoi compiti (cioè doveri) si muove in un mondo che è strutturato anche da relazioni normative. Abbiamo gli uni e gli altri, giuristi e psichiatri, necessità di apprendimento reciproco. I contributi raccolti in questo volume intendono porsi su questa strada.

<sup>1</sup> T. Lucrezio Caro, *De rerum natura*, V, 143.