

XXVIII.

**DISAGIO PSICHICO E RISARCIMENTO
DEL DANNO**

di Paolo Cendon e Giuseppe Citarella

SOMMARIO: Sezione I. *Introduzione*. — 28.1. Le questioni. — Sezione II. *La diagnosi*. — 28.2. Errori diagnostici. — 28.2.1. Casi statunitensi. — 28.2.2. Deospedalizzazioni frettolose. — Sezione III. *I diritti inviolabili*. — 28.3. Trattamenti non giustificati. — 28.3.1. Casistica nordamericana. — 28.3.2. Decisioni della Corte suprema statunitense. — 28.3.3. I diritti dei carcerati. — 28.3.4. Maltrattamenti. — 28.3.5. Mezzi di contenzione. — 28.3.6. Un caso milanese. — 28.3.7. Altre ipotesi. — 28.3.8. Attuali orientamenti inglesi. — Sezione IV. *La somministrazione dei farmaci*. — 28.4. Le questioni. — 28.4.1. Sovradosaggi. — 28.4.2. Induzione alla dipendenza. — 28.4.3. Omessa somministrazione. — 28.4.4. Iniziative di persone non autorizzate. — Sezione V. *Elettroshock*. — 28.5. Profili generali. — 28.5.1. Ipotesi di condanna. — 28.5.2. Casistica statunitense. — 28.5.3. Trattamento post-terapia. — 28.5.4. L'esperienza della Germania Federale. — Sezione VI. *Doveri circostanti la terapia*. — 28.6. Introduzione. — 28.6.1. Relazioni intime tra terapeuta e paziente. — 28.6.2. Casistica. — 28.6.3. Responsabilità dell'ente sanitario. — 28.6.4. Rapporti sessuali fra terapeuta e congiunti del paziente. — 28.6.5. Il dovere di avvertire (*duty to warn*). — 28.6.6. Fattispecie particolari. — 28.6.7. Orientamenti restrittivi. — 28.6.8. Il dovere di riservatezza. — Sezione VII. *Contesti chiusi*. — 28.7. Mancata prevenzione del suicidio. — 28.7.1. Fughe. — 28.7.2. Contratti di assistenza. — 28.7.3. Modalità del regime di vigilanza. — 28.7.4. Un caso italiano. — 28.7.5. Defenestrazioni. — 28.7.6. Inadeguatezza delle misure di contenzione. — 28.7.7. Conflitto fra esigenze di sicurezza e necessità terapeutiche. — 28.7.8. Il carcere. — 28.7.9. Due casi inglesi. — 28.7.10. Le corti tedesche e gli obblighi di sorveglianza. — 28.7.11. Rapporti sessuali fra pazienti. — Sezione VIII. *Trattamenti in istituzioni aperte*. — 28.8. Introduzione. — 28.8.1. I danni subiti dal malato di mente. — 28.8.2. Reparti non specializzati. — 28.8.3. Casistica ulteriore. — 28.8.4. Il dovere di sorveglianza dopo la riforma psichiatrica. — 28.8.5. Orientamenti della Germania Federale. — 28.8.6. L'approccio statunitense. — 28.8.7. La giurisprudenza francese. — Sezione IX. *Negligenze organizzative e responsabilità dell'amministrazione*. — 28.9. Recenti decisioni italiane. — 28.9.1. Danni provocati dal malato a terzi. — 28.9.2. Un infanticidio. — 28.9.3. L'abbandono di persone incapaci. — Sezione X. *Conclusioni*. — 28.10. Linee di « politica del diritto ». — 28.10.1. Profili di metodo. — 28.10.2. Gli operatori psichiatrici. — 28.10.3. Obblighi della pubblica amministrazione.

Sezione I
INTRODUZIONE

28.1. Le questioni.

Sempre più spesso ci s'imbatte in episodi di violenza in cui l'autore è un infermo di mente; né rari sono i casi che vedono un disabile nelle vesti di vittima di maltrattamenti, di abbandoni o di errori terapeutici.

Al di là di ogni polemica — innescata dagli avversari della legge 180, o arieggiante le delusioni per la (cattiva) attuazione della riforma psichiatrica — è di grande interesse accertare quali siano gli strumenti di tutela previsti dal nostro ordinamento.

Ciò vuol dire cimentarsi con varie domande.

Anzitutto i rimedi pecuniari: quali soggetti — fra coloro che attorniano l'infermo colpevole di un danneggiamento — potranno venir chiamati al risarcimento? I membri della famiglia, l'ente che aveva « in carico » l'utente, il tutore o il curatore (laddove esistano)?

E a pagare non dovrà essere, in certe ipotesi, lo stesso malato/danneggiante?

Altri interrogativi sono legati alle circostanze dell'incidente. Conterà o no che l'autore fosse incapace di intendere e volere? Oppure: quali reazioni pretendere (una messa in guardia dell'interessato, esposti alla polizia, una fiduciosa noncuranza) dall'analista cui il cliente abbia confidato di voler uccidere qualcuno?

Più ampiamente: varierà la soluzione a seconda che il contesto di riferimento sia un manicomio tradizionale, oppure una casa di cura privata, o magari un centro di salute mentale « aperto »?

Non meno complessi i problemi nell'ipotesi speculare — quella in cui sia lo psicolabile ad assumere la veste di infortunato.

Ad esempio: a chi il potere di promuovere l'istanza risarci-

toria — al malato stesso, al coniuge, ad altri componenti del nucleo domestico? Oppure: come valutare il comportamento dello psichiatra che imbastisca una relazione sessuale con una cliente (precipitata dopo di ciò in uno stato di grave depressione)? E ancora: il fatto che l'utente sia detenuto entro un carcere, magari in manicomio giudiziario, modificherà le risposte del diritto?

Sezione II LA DIAGNOSI

28.2. Errori diagnostici.

Cominciando dalle questioni che interessano la responsabilità dello psichiatra, ci soffermeremo sui casi in cui un medico — durante l'effettuazione di una terapia — commetta errori di diagnosi.

Quali riflessi possa avere uno sbaglio simile, è facilmente intuibile: sotto o sopra — valutazione delle misure farmacologiche da adottare; mancata percezione circa la necessità di far luogo a un « trattamento sanitario obbligatorio » (TSO) — si sa bene quanto rari siano i TSO nella prassi odierna, ma proprio per questo: troppo spesso la loro mancata attuazione prelude, nella realtà del territorio, ad abbandoni sostanziali del malato!

Così in particolare nel caso affrontato dal Tribunale di Bolzano (la decisione è stata resa il 9 febbraio del 1984).

È il maggio 1980 quando un uomo di mezz'età viene visitato da un medico condotto: quest'ultimo ritiene di trovarsi di fronte a una « grave sindrome depressiva » e suggerisce il ricovero in ospedale. Dell'utente si occuperà qui una giovane dottoressa del reparto psichiatrico. La donna diagnostica un semplice « stato d'ansia » e prescrive un calmante; consiglia inoltre una visita di controllo presso il dispensario di igiene mentale, autorizzando le dimissioni del paziente.

A nulla valgono le invocazioni dell'uomo, il quale vede nella « presa in carico » l'unica speranza di fronteggiamento per lo stato di disagio in cui versa. La circostanza che egli sia reduce da un tentativo di suicidio viene anch'essa considerata irrilevante. Né in senso opposto pesa l'esame dei dati contenuti nella cartella

clinica — dati che sarebbero tali da confermare, in realtà, la gravità del malessere.

A due giorni di distanza l'infelice, dopo aver cercato di contattare il centro di igiene mentale del luogo, si toglie la vita per impiccagione.

Di qui un procedimento a carico della dottoressa per il reato di omicidio colposo. E le perizie medico-legali si dimostrano tutte concordi: la vittima era affetta da « sindrome depressiva » (non già da semplice stato ansioso), con alto rischio suicidario. Al tempo stesso apparirà subito evidente, nella vicenda, il rapporto tra « omesso ricovero » dell'uomo e « suicidio » conclusivo.

Ci si trova di fronte insomma a un serio errore diagnostico, errore tale da condurre alla prescrizione di un farmaco inadatto, nonché alle inopportune dimissioni dall'ospedale. Si era trattato però (ecco il punto) di errore imputabile a un comportamento colposo del sanitario?

Nessun dubbio al riguardo, per i giudici. E a tale conclusione essi giungono anzi rapidamente, una volta appurato che:

a) la dottoressa era priva di esperienza — all'epoca dei fatti laureata da poco più di un anno; in servizio presso il reparto psichiatrico, non si era ancora iscritta al corso di specializzazione (circostanza che avrebbe dovuto imporle la massima prudenza, inducendola a non disattendere le valutazioni di altri terapeuti, più preparati di lei e con maggiore conoscenza del soggetto);

b) a ciò si era sommato il dato della grave imperizia tecnica, dimostrabile sulla base della errata interpretazione svolta dei dati anamnestici.

In definitiva, la condotta del medico verrà qualificata dai giudici « incompatibile con quel minimo di cultura ed esperienza esigibile da persona abilitata all'esercizio della professione ».

28.2.1. Casi statunitensi.

Particolare attenzione merita la prassi delle corti nordamericane: il quadro consegnato all'osservatore è in effetti variegato.

Fra le censure mosse ai terapeuti, una delle più frequenti riguarda le (pretese) leggerezze commesse nell'utilizzare i dati

relativi all'infermo: eventualità tutt'altro che rara — sottolineiamo — qualora il sanitario abbia ommesso di consultare la cartella clinica.

Quest'ultima circostanza, in particolare, risulterà determinante per la condanna dell'unità ospedaliera in *O'Neil v. State* (tali i nomi delle parti in causa). Il caso era quello di una paziente, internata in precedenza più volte, che aveva chiesto a un certo punto un nuovo ricovero dopo la comparsa di alcuni sintomi preoccupanti: convulsioni, cadute di concentrazione, appannamento mentale, pensieri omicidi. Al momento dell'ammissione nel luogo di cura, la donna illustrerà dettagliatamente il proprio malessere al medico di turno — informandolo circa l'abituale assunzione da parte sua di Nembutal (un potente barbiturico).

La diagnosi — formulata senza consultare la cartella dei precedenti ricoveri, né interpellare il marito della donna o il dottore di famiglia — sarà di epilessia: cosicché la cura prevederà esclusivamente una somministrazione di anti-epilettici. Ecco però che la mancata assunzione di barbiturici provocherà di lì a pochi giorni una crisi di astinenza, durante la quale l'inferma rimarrà vittima di un fatale incidente.

Nessun dubbio — nel caso — circa la « colposità » dell'indifferenza mostrata verso un elemento anamnastico così rilevante (assunzione per lungo tempo di un potente barbiturico). Impeccabile perciò la condanna dell'ospedale in cui il terapeuta operava.

Sin qui l'affare *O'Neil v. State*.

Altrettanto sacrosanto — si può aggiungere — il biasimo emesso a carico di una clinica per le lesioni che una malata, sofferente di psicosi maniaco-depressiva, si era procurata tentando di uccidersi. Emergerà nel processo come la donna avesse deciso di morire in seguito all'aggravarsi del suo stato di malinconia, dopo il mutamento della terapia ospedaliera. E i sanitari nulla avevano fatto per rilevare la nuova sintomatologia.

28.2.2. Deospedalizzazioni frettolose.

Spesso il danno per la vittima dipende da valutazioni sbriga-

tive, compiute al momento di dimettere il paziente dall'ospedale. Fino a che punto le conseguenze andranno imputate all'équipe sanitaria?

Interessanti al riguardo due pronunce newyorkesi — in entrambi i casi decisioni di condanna — le cui ragioni meritano di venir condivise.

Nella prima vicenda, l'ospedale sarà censurato per aver mandato a casa il degente sulla base di una visita svolta ben quarantun giorni prima che il rilascio avesse, effettivamente, corso. Era emerso come nessun medico, durante quel tempo, si fosse interessato ai sintomi (allucinazioni) che l'infermo aveva mostrato, malesseri tali da condurre l'uomo a suicidarsi poco dopo il congedo dall'istituto.

Più recente il caso *Bell v. New York City Health & Hospitals Corp.* A far apparire inopportuna la scelta della deospedalizzazione sarà anche qui lo scarso riguardo — prestato dai terapeuti — ai disturbi di cui il soggetto soffriva (allucinazioni di natura soprattutto auditiva: sintomi che frequentemente precedono i tentativi di suicidio). Per sette giorni di seguito le « voci » erano risuonate nella mente dell'infelice, fintantoché costui non aveva deciso di cospargersi di benzina e darsi fuoco (con la spiegazione di non aver potuto evitare di obbedire alle voci stesse). I giudici valuteranno in 564.225 dollari il danno complessivo della vittima.

Sezione III
I DIRITTI INVIOLABILI

28.3. Trattamenti non giustificati.

Non è raro che l'effettuazione della terapia — necessaria di fronte a una malattia mentale — imponga il ricorso a mezzi di contenzione, a brevi periodi di segregazione, alla somministrazione forzata di farmaci.

Il principio è che simili trattamenti saranno consentiti qualora indispensabili per tutelare l'integrità psicofisica dell'infermo, o per la salvaguardia dei terzi (rispetto ad aggressioni dello stesso). In ogni altra situazione occorre concludere che è stato leso, ingiustificatamente, un « diritto inviolabile » dell'assistito.

Sono questi i criteri accolti presso la maggior parte degli ordinamenti. Per i tribunali si tratta in sostanza di valutare: *a)* la liceità del trattamento in quanto tale; *b)* le modalità della condotta medica; *c)* l'esigenza di realizzare un equo contemperamento degli interessi in gioco.

Lo stesso ricovero in ospedale potrà risultare talvolta inammissibile — con conseguente illiceità delle misure sanitarie poi adottate. A esiti del genere è giunta, in più occasioni, la giurisprudenza francese.

In particolare, l'accusa di violazione della libertà è stata al centro di una vicenda in cui la direzione ospedaliera, approfittando dell'ingenuità del genitore di una paziente, aveva ottenuto la firma di un modulo in bianco. Compilato da un incaricato dell'ospedale, detto modulo permetteva di trattenere per sette mesi la giovane in stato di internamento. Opportunamente, la corte transalpina — riconosciuta l'arbitrarietà della procedura — accorderà il risarcimento tanto alla paziente quanto alla madre, vittima dell'inganno.

Quanto alla giurisprudenza tedesca — particolarmente sensibile alle questioni in esame — va ricordato come essa focalizzi la propria attenzione sui profili del « consenso » al trattamento. Si è affermato così che un infermo, quand'anche schizofrenico o paranoico, ha sempre facoltà di ispezionare la cartella personale; e si è precisato che il paziente, come può rifiutare l'intervento sanitario (ove cosciente delle conseguenze del proprio diniego), così ha un diritto incondizionato di apprendere la verità sulla sua malattia.

In tal senso, con particolare chiarezza, la Corte suprema nel 1982: in nessun caso può venir negato al degente, ricoverato sulla base di una diagnosi di schizofrenia, l'accesso alla documentazione clinica — quand'anche ciò appaia « pericoloso » per la sua serenità mentale.

28.3.1. Casistica nordamericana.

Numerosi i segni di « garantismo » che giungono dalla giurisprudenza americana.

Gli estremi del ricovero illegittimo sono stati riconosciuti, ad esempio, nel caso di una donna la quale si era vista internare in ospedale psichiatrico grazie a una diagnosi, puramente generica, di disturbo mentale (*mental illness*). Simile etichettatura, come risulterà nel processo, era stata in realtà predisposta da un medico connivente col marito, intenzionato a liberarsi in tal modo dalla consorte.

Secondo i giudici statunitensi, il criterio generale è che ricoveri attuati in condizioni simili violano i diritti all'integrità fisica e alla libertà di comunicazione. Nella vicenda esaminata ogni contatto col mondo era stato impedito, alla donna, sotto minaccia di un prolungamento illimitato dell'internamento. A ciò si aggiungeva il fatto che la malata aveva dovuto, durante il ricovero, assumere medicinali contro la propria volontà (il terapeuta era arrivato a immobilizzarla con l'ausilio di tre infermieri, per effettuare un'iniezione). Attribuendo — opportunamente, bisogna dire — la responsabilità al sanitario, la corte fisserà il risarcimento nella misura di 40 mila dollari.

Il problema delle *prerogative costituzionali* sarà al centro anche della vicenda affrontata in *Rogers v. Okin*. Si trattava di una causa promossa da alcuni assistiti del Boston State Hospital: l'obiettivo era ottenere la condanna dei medici, i quali erano ricorsi sistematicamente, nel periodo tra il 1973 e il 1975, alla somministrazione forzata di farmaci, nonché alla pratica di rinchiodare i pazienti in isolamento, pur in assenza di autentiche situazioni di emergenza.

Il giudice (esaminate le varie circostanze: testimonianze di inservienti e pazienti, stato di avanzamento della scienza medica, condotta tenuta dai professionisti) si pronuncerà infine per la messa al bando di metodi simili. Nessun risarcimento del danno invece. Osteranno una serie di considerazioni, fra cui soprattutto: la « buona fede » riscontrabile nei sanitari (più esattamente, la conformità del loro operato alla pratica ritenuta accettabile); la vetustà delle strutture deputate alla cura; le carenze numeriche del personale infermieristico.

Cosa dire al riguardo? Appare evidente, a chi scorra la lunga motivazione, la preoccupazione per le esigenze di bilanciamento fra ragioni degli utenti e ragioni degli psichiatri (questi ultimi paragonati a dei « combattenti di prima linea »). Un eccesso di diplomazia forse, o di prudenza forense. Interessante comunque il riconoscimento a beneficio dei degenti — quale sorta di « vittoria morale » — del diritto al rimborso delle spese processuali, poste interamente a carico della controparte.

28.3.2. Decisioni della Corte suprema statunitense.

Sullo statuto dei ricoverati (sicurezza fisica, libertà di movimento, garanzie di un sufficiente livello di riabilitazione) ha avuto modo di pronunciarsi anche la Corte suprema statunitense.

Una vicenda da ricordare è quella riguardante un oligofrenico — Nicholas Romeo — le cui condizioni di base erano apparse sin dall'inizio assai gravi: si trattava di un individuo incapace di parlare, con livelli di sviluppo mentale paragonabili a un bimbo di 18 mesi. La soluzione dell'internamento era sembrata l'unica possibile nel momento in cui la madre, rimasta vedova, mostrava

di non riuscire più a controllare le esplosioni di collera del figlio, allora ventiseienne.

Anche durante il ricovero le cose andranno piuttosto male; nell'arco di due anni il Romeo rimane ferito sessantatré volte, tanto per effetto delle proprie azioni, quanto per iniziativa dei compagni. Ecco la madre citare in giudizio allora la clinica, con una serie di accuse: *a)* non aver impedito che il figlio venisse coinvolto negli incidenti; *b)* essere ricorsi per un periodo di tempo eccessivo a misure di contenzione; *c)* non aver approntato un programma riabilitativo, tale da consentire al figlio di soddisfare autonomamente le esigenze quotidiane (mangiare, lavarsi, vestirsi ecc.).

Risposta della corte? Dopo avere indicato nel XIV emendamento l'ambito di protezione degli interessi invocati, i giudici si soffermano sulla possibilità di conflitti fra diritti alla sicurezza e libertà di movimento — sottolineando le difficoltà di un'armonizzazione fra istanze del malato e interesse pubblico. Lo Stato ha comunque il dovere, precisa la sentenza, di assicurare al paziente quel grado minimale di rieducazione che consenta di evitare costrizioni superflue.

Infine — messa in luce la necessità di una valorizzazione per gli apprezzamenti sanitari (onde ridurre i margini di discrezionalità delle giurie) — i giudici insisteranno sull'operatività di una «presunzione» di buona fede nello svolgimento delle attività terapeutiche: presunzione spiegabile (ecco il punto) con l'opportunità di evitare che l'assistenza medica si svolga in un clima di insicurezza determinato, caso per caso, dal timore di troppe gravose responsabilità.

28.3.3. I diritti dei carcerati.

Non stupisce che un po' meno generoso sia l'orientamento quando occorre pronunciarsi sulla condizione dei detenuti.

Talvolta si ha però l'impressione di un eccesso di sordità. Una recente sentenza americana ha negato, ad esempio, che la somministrazione forzata di farmaci antipsicotici a un carcerato violi di per se i precetti costituzionali. Si è accampato che in

questo caso (a differenza di quanto vale per gli infermi psichici negli ospedali) il soggetto dovrebbe essere considerato anzitutto un recluso — con una prevalenza degli interessi di ordine pubblico rispetto alle prerogative legate alla condizione di malato.

Non sempre i motivi di sicurezza hanno la meglio, comunque, sui diritti « primari » del sofferente, specie là dove questi ultimi tocchino l'integrità psicofisica e la libertà.

Si può ricordare la vicenda di una ricoverata, la quale era rimasta incinta durante la degenza in un reclusorio. La gravidanza aveva aggravato le turbe da cui l'utente era affetta, donde la decisione dei medici di prescrivere un intervento abortivo. La scelta (tutt'altro che facile in se stessa: si sa bene quanto il problema sia dibattuto presso gli ordinamenti!) verrà stigmatizzata dalla corte, dal momento che non esisteva traccia di una ricerca del consenso all'interruzione, presso la paziente o i suoi familiari.

28.3.4. Maltrattamenti.

Quanto ai metodi violenti (del medico o degli infermieri), il principio è che ogni coazione sarà censurabile quando non giustificata da un comprovato stato di necessità, o non effettuata per legittima difesa — rispetto agli eccessi di aggressività del malato di mente.

Gli esempi sono più d'uno.

Indicativo il caso di una ragazza che era affetta da schizofrenia. Visti gli insuccessi delle terapie (convulsive) fin lì praticate, i genitori dell'inferma avevano deciso di rivolgersi a uno psichiatra di fama. La relazione terapeutica — dal costo non irrisorio di 55 mila dollari dell'epoca — durerà sette anni di fila, durante i quali l'assistita risulterà essere stata percossa più volte. Impeccabile il verdetto della corte, che ravviserà in una simile condotta gli estremi della « negligenza professionale ».

Esemplare anche la censura (300 mila dollari) inflitta a un ospedale che non aveva impedito agli infermieri di picchiare un'utente. Emergerà come nessun progetto riabilitativo fosse

stato messo a punto — né all'inizio né in seguito — a favore della malata. Tutte le « attenzioni » si erano limitate a lunghi periodi di contenzione, svolta in condizioni disumane, all'interno di una stanza priva di bagno, senza materasso, e con un'alimentazione non di rado limitata a pane e acqua.

28.3.5. Mezzi di contenzione.

Sempre più diffusa è l'opinione che i mezzi « contenitivi » non solo rappresentino una sopraffazione della personalità individuale, ma risultino altresì privi di valenze terapeutiche. Né rare sono le situazioni in cui essi conducono — si sottolinea — a un aggravamento delle condizioni dell'utente.

Emblematica una vicenda di cui si è occupato il Tribunale di Napoli.

Siamo nel manicomio giudiziario di Pozzuoli, durante il periodo natalizio; pochi giorni prima della fine dell'anno una delle ricoverate rimane vittima dell'incendio (autoappiccato) al letto di contenzione, nel quale essa si trovava da giorni.

La degente — da oltre vent'anni sottoposta a ricoveri in ospedali psichiatrici — era a quel tempo in attesa di giudizio, dovendo rispondere del reato di oltraggio ai danni di un pubblico ufficiale. Risulterà come nessuna diagnosi, malgrado i precedenti internamenti, avesse mai avuto luogo; le ospedalizzazioni erano state via via giustificate sulla base di formule quali « stato di eccitamento », « sindrome schizofrenica », « stato dissociativo ideo-affettivo », « psicosi maniaco-depressiva » e così di seguito.

Nel corso del tempo la donna si era vista sottoporre a svariate cure: elettroshock, terapie piretogene, antiluetiche, neurolettiche, nonché alla stessa contenzione — tutto ciò malgrado essa fosse, secondo le testimonianze rese nel processo, una « persona tranquilla ».

Le indagini riveleranno come in quel manicomio giudiziario il ricorso al letto di contenzione venisse effettuato non tanto per la salvaguardia degli ospiti (nelle fasi più acute delle crisi), bensì allo scopo di garantire sonni tranquilli alle vigilatrici: al punto che simile pratica era applicata indiscriminatamente su tutte le

pazienti dell'istituto, nelle ore notturne. Ed è significativo — rileveranno i giudici — che di interventi del genere non rimanesse traccia nelle cartelle cliniche.

Si scoprirà poi che, proprio all'approssimarsi delle festività natalizie, e quindi poco prima del tragico fatto, uno dei medici aveva sottoscritto in bianco il registro delle contenzioni relativo al periodo in cui egli si sarebbe recato in ferie.

Scontato a quel punto l'esito per i giudici. E l'impeccabilità del verdetto di colpevolezza non ha bisogno di essere sottolineata. Gli imputati verranno condannati per abuso di autorità contro detenuti (art. 608 c.p.), per morte o lesioni come conseguenza di altro delitto (art. 586 c.p.), nonché — il primario — per il delitto di falso in atto pubblico.

28.3.6. Un caso milanese.

Il problema dei mezzi di contenzione sarà altresì al centro della sentenza pronunciata dal Tribunale di Milano, nell'aprile del 1979.

Protagonista della vicenda un'inferma (proveniente da un ospedale psichiatrico) ricoverata su base volontaria presso una clinica privata. La diagnosi parlava di « schizofrenia » e di « stato di allucinazione confusionale ». Un anno dopo l'internamento la paziente muore, all'improvviso, a seguito delle ustioni causate dall'incendio del letto al quale essa era legata — incendio derivante da un mozzicone di sigaretta che la degente aveva lasciato cadere sulle lenzuola. Il medico di turno giustificherà la costrizione come provvedimento legato alla crisi acuta che la donna presentava.

Il tribunale scoprirà che l'uso della forza era dovuto assai più alla scarsità di personale nella clinica (scarsità particolarmente sentita nel turno di notte: due soli infermieri per trenta-trentacinque pazienti, in due palazzine di tre piani), che non a serie istanze terapeutiche. Risulterà inoltre come la casa di cura non fosse abilitata all'utilizzo di trattamenti costringenti, non essendo in possesso dei requisiti per la qualifica di istituto manicomiale privato.

Dal canto suo, il collegio giudicante evita di prendere posizione sull'ammissibilità o meno del ricorso alla coazione (sotto accusa in quel periodo, dopo l'approvazione della l. 180/78). L'indagine si appunterà piuttosto sul mancato uso di quelle precauzioni che, nell'ambito del prevedibile, avrebbero potuto scongiurare il determinarsi di inconvenienti — tenuto conto della situazione di immobilità della paziente.

Di qui la censura verso l'infermiera di turno — colpevole di non aver controllato minuziosamente se la malata fosse in possesso di fiammiferi. E non meno fondata apparirà la condanna della direzione sanitaria, cui competeva l'emanazione di disposizioni di carattere generale, miranti a garantire l'incolumità degli assistiti.

28.3.7. Altre ipotesi.

Significativi — riguardo ai mezzi di contenzione — gli esempi che fornisce la giurisprudenza statunitense.

Da approvare, in particolare, la severità mostrata da una corte nordamericana riguardo alle modalità con cui era stata fronteggiata l'esplosione di collera di un utente, ricoverato in ospizio; modalità così brusche da causare la morte dell'infelice. Era avvenuto che il degente, trovatosi d'un tratto di fronte a un'infermiera, reagisse in maniera violenta, afferrando un braccio della stessa e minacciandola di morte: ciò probabilmente a causa della propria innata timidezza nei confronti delle donne — timidezza acuita dalla circostanza di trovarsi, al momento, coperto solo da un asciugamano.

Condotto in una camera di contenzione, il malato subisce l'aggressione « terapeutica » di un medico e di alcuni infermieri: dopo averlo immobilizzato, costoro iniziano a stringergli il collo con un asciugamano, tanto da bloccare l'afflusso di sangue al cervello. La lotta prosegue per oltre mezz'ora, in presenza del medico, il quale figurerà non aver dato peso alla cianosi che veniva manifestandosi nel paziente.

Nella motivazione della condanna inflitta al direttore dell'ospizio, vediamo affermato il principio secondo cui le cliniche

psichiatriche (e a maggior ragione quelle a pagamento) dovrebbero sempre disporre di strutture tali da permettere una gestione delle emergenze senza pericolo per gli ospiti.

Diversa — e oltre misura lassista — la linea adottata in *Previn v. Tenacre, Inc.* Si trattava dei danni occorsi a un individuo depresso, il quale aveva a un certo momento pensato di rivolgersi a una setta religiosa, denominata Christian Science, sperando di guarire così delle turbe di cui soffriva. La proposta terapeutica dei santoni consisteva nell'uso di strumenti di contenzione e nella nutrizione forzata dell'adepto, con il ricorso a forcipi e ad altri sussidi chirurgici. Verdetto della corte? Gli accusati riusciranno a volgere la controversia a proprio favore — forti anche dell'avvenuta guarigione del paziente — persuadendo i giudici circa la loro buona fede, e climostrando la rispondenza del comportamento sotto accusa ai « principi morali » della confraternita.

28.3.8. Attuali orientamenti inglesi.

Sul tema dell'alimentazione controvolgia dei malati, merita di essere segnalata (e condivisa) una recente sentenza d'oltremarica.

Il caso era quello di una paziente ventiquattrenne — ricoverata coattivamente dal 1993, dopo alcuni tentativi autolesionistici — la quale aveva cominciato a rifiutare qualsiasi cibo, volendo por fine così alla propria vita. I medici erano riusciti a forzare la volontà della ragazza con la minaccia di servirsi di una sonda gastrica; ma simili misure non potevano, era chiaro, prolungarsi indefinitamente. Di qui il ricorso alla magistratura, chiamata a pronunciarsi sulla correttezza delle modalità con cui simili trattamenti erano stati attuati.

Si trattava in definitiva di sancire la legittimità o meno (per un'utente non pienamente capace di intendere e volere) del rifiuto di ogni terapia. Occorreva inoltre stabilire se la somministrazione forzata di cibo rientrasse fra le misure che possono venire assunte — poiché necessarie per salvare la vita — senza ricorso a speciali procedure.

La risposta della corte sarà affermativa. Ed è (osserviamo) una conclusione ben giustificata — dal momento che l'unico

approccio foriero di qualche risultato nella vicenda, quello analitico, risultava essere stato interrotto proprio in seguito al progressivo deteriorarsi delle condizioni fisiche. Nessun dubbio, in effetti, circa la fondatezza dei criteri applicati dai giudici: piena liceità di quegli interventi medici, che, sebbene non curativi del disturbo mentale in senso stretto, costituiscono (come la nutrizione forzata) il presupposto per la favorevole continuazione del trattamento psichiatrico.

Sezione IV
LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

28.4. Le questioni.

Per combattere la grande maggioranza dei disturbi mentali la terapia « ufficiale » prevede possano venir somministrati farmaci psicotropi. È noto tuttavia come questi, relativamente efficaci nel trattamento delle patologie, presentino tutti quanti potenziali dannosi più o meno elevati.

Di qui l'obbligo di massima cautela, onde evitare ripercussioni negative: sia quelle minacciate dall'eventualità di un'unica overdose, sia quelle (non meno temibili) provenienti da assunzioni prolungate nel tempo, e destinate a generare fenomeni di dipendenza.

28.4.1. Sovradosaggi.

Nel giudizio di responsabilità civile, circostanze quali l'eccessivo quantitativo del medicinale somministrato (o comunque consegnato al paziente) sono spesso rivelatrici di una colpa professionale.

Il Tribunale di Bolzano, nel 1980, è stato chiamato a esprimersi su una vicenda avvenuta a Brunico quattro anni prima. In breve i fatti. Lo psichiatra del locale dispensario di igiene mentale prescrive a un'assistita, affetta da depressione endogena, una serie di medicinali, specificando per iscritto le dosi; l'infermiera consegna alla donna i prodotti, in quantità proporzionale a un ciclo di cura domiciliare, trascrivendo sugli involucri la posologia. Causa errore finisce per venir riportato, riguardo a uno dei preparati, un dosaggio abnorme: quindici (invece di una) compresse, tre volte al giorno. L'utente morirà così — il giorno

dopo per « insufficienza circolatoria a cagione di un eccessivo ingerimento di psicofarmaci ».

I giudici non avranno difficoltà a ritenere responsabili di omicidio colposo tanto l'infermiera, cui si doveva l'errore di trascrizione, quanto il professionista, il quale avrebbe dovuto controllare l'operato dell'ausiliaria.

Significativa anche l'esperienza di altri paesi.

Per gli Stati Uniti, va ricordato un caso nel quale la negligenza del terapeuta verrà rivelata dalla prescrizione di una quantità sproporzionata (per eccesso) di Valium a un « paziente libero » — *out-patient* — non più che ansioso. La ricetta autorizzava il possesso di una dose corrispondente al fabbisogno di cinquanta giorni; emergerà però come il sanitario non avesse tenuto in conto, nel far ciò, né i referti clinici, né il parere dei precedenti dell'assistito — elementi idonei a evidenziare rischi di overdose o comunque di abuso da parte del soggetto. Verdetto finale? L'amministrazione federale verrà condannata (giustamente) a risarcire le vittime dell'incidente stradale provocato dall'infermo, il quale era rimasto intossicato dall'assunzione congiunta di alcol e tranquillanti.

In un altro caso sarà la prescrizione di massicce dosi di un potente calmante (200 mg di Thorazine) a rendere — anche qui fondatamente — l'ospedale responsabile per il decesso del malato. Gli psichiatri risultavano colpevoli, stavolta, per la sussistenza di due circostanze: *a*) aver provveduto all'iniezione senza che il soggetto fosse in posizione supina (come le norme di prudenza consigliano); *b*) aver omesso di controllare le condizioni del paziente per ben 75 minuti di fila (mentre la letteratura medica avverte che, entro i 90 minuti successivi alla somministrazione, possono verificarsi crisi cardiache e/o respiratorie).

Conclusioni analoghe nella giurisprudenza francese — e ci riferiamo a una sentenza della Corte amministrativa d'appello di Parigi. I giudici erano chiamati a pronunciarsi su una fattispecie di decesso, che aveva trovato origine in una eccessiva ingestione di neurolettici. Vi era, per la verità, più di un'ombra circa lo svolgersi effettivo degli avvenimenti; ciò non impedirà al collegio di giungere (assai opportunamente) a una condanna dell'appar-

rato sanitario. Comunque i fatti si fossero svolti l'esito, dirà la corte, non poteva dar adito a dubbi. Sia nell'eventualità di assunzione volontaria del farmaco, sia in quella di somministrazione da parte di un infermiere ricorrevano pacificamente gli estremi della « colpa »: nel primo caso quest'ultima era messa in luce dal fatto della mancata sorveglianza, nel secondo essa emergeva — in modo altrettanto diretto — dal difettoso funzionamento del servizio.

28.4.2. Induzione alla dipendenza.

Talvolta la responsabilità viene in gioco quando il paziente sia stato gettato in una condizione di dipendenza patologica da un certo farmaco.

Così in *Rosenfeld v. Coleman* (1959). Si trattava di una vicenda in cui il terapeuta aveva perseverato nella somministrazione di Demerol (un forte barbiturico) anche dopo l'interruzione del rapporto ambulatoriale con l'assistito. In tal modo egli si prefiggeva di lenire i sintomi della malattia mentale, e intendeva poi, esaudendo le richieste farmacologiche dell'infermo, accattivarsi la benevolenza di quest'ultimo.

Conclusione dei giudici? Un severo biasimo per il comportamento del professionista, reo di aver fatto prevalere le ragioni della simpatia personale rispetto alle motivazioni strettamente cliniche.

28.4.3. Omessa somministrazione.

Diversa l'ipotesi in cui il sanitario si orienti per l'interruzione — tanto improvvisa quanto poco ragionevole — di un farmaco cui il malato soleva far ricorso. In alcuni casi una condotta del genere potrà essere ritenuta tale da implicare precise responsabilità (così ad esempio nella già illustrata vicenda *O'Neil v. State*).

Non sempre gli estremi dell'imperizia professionale vengono però riscontrati.

Nessun rimprovero è stato mosso così agli psichiatri che si erano visti citare per danni, a seguito del suicidio di un utente, in

Fernandez v. Baruch (1968). La vittima, arrestata per aver assalito alcuni passanti, aveva finito per impiccarsi in carcere con i propri calzini, dopo aver trascorso diciotto giorni in un ospedale; la vedova accuserà i professionisti di condotta negligente, imputando loro di aver sospeso la somministrazione di un farmaco che l'uomo assumeva abitualmente. Verdetto finale: la corte riterrà (abbastanza a proposito) che le manifestazioni violente dell'infelice non fossero tali da far presumere l'esistenza di pulsioni autodistruttive; e verrà escluso che il suicidio dipendesse in qualche modo dal rifiuto del medicinale donde una piena assoluzione per i due medici citati in giudizio.

Altra vicenda, alquanto curiosa, è quella che ha visto contrapposti un malato di epilessia e un pranoterapeuta (*chiropractor*). Il cliente aveva osservato diligentemente le indicazioni di quest'ultimo, sottoponendosi a una serie di massaggi, e sospendendo nel contempo l'assunzione di Fenobarbital (un antiepilettico di cui faceva uso da vent'anni); lamentava però come, in seguito, gli attacchi epilettici fossero venuti intensificandosi tanto per frequenza quanto per intensità.

La corte si pronuncerà questa volta per una piana applicazione del principio di « autoreponsabilità », negando che l'interruzione del preparato chimico potesse mai integrare un caso di *malpractice*.

28.4.4. Iniziative di persone non autorizzate.

Altra possibilità è che la condanna venga pronunciata contro chi, senza alcuna veste, abbia provveduto alla fornitura di medicinali a un paziente.

Nessuna indulgenza sarà ammissibile, in linea di massima, là dove la somministrazione risulti effettuata da persona non autorizzata. Così in una vicenda relativa all'amministratore di una clinica il quale aveva prescritto a un malato, ricoverato per alcolismo, quantità di bromuro tali da provocare un'intossicazione.

Conclusioni analoghe nei riguardi di uno psichiatra alle prime armi — il quale, avendo acquisito il proprio titolo in

Jugoslavia, non risultava abilitato alla professione nello Stato di New York. Vittima era qui un aspirante suicida il quale (malgrado avesse ingerito cento aspirine e si fosse gettato sotto uno scuolabus) non era riuscito a portare a termine i suoi propositi autodistruttivi. Le condizioni di intossicazione, al momento del ricovero, erano apparse tali da consigliare una lavanda gastrica e le analisi del sangue; il giovane medico aveva invece provveduto a iniettare un potente calmante, trascurando poi di informarsi circa le condizioni del malato: questi morirà così nel giro di poche ore, per un'intossicazione che l'iniezione — come accertato dalla corte — aveva quantomeno «agevolato». Inevitabile a quel punto la condanna, con un risarcimento quantificato complessivamente in 35 mila dollari.

Sezione V
ELETTROSHOCK

28.5. Profili generali.

Caratteristiche di una lunga stagione della scienza psichiatrica, le terapie di shock — elettroconvulsivo o insulinico — appaiono oggi in fase di declino, quando non sono del tutto abbandonate. Al di là del loro (sempre più discusso) valore medico, simili pratiche sono giunte spesso all'attenzione dei giudici, specialmente nei primi anni del loro utilizzo, quando non era raro che le violente contrazioni muscolari, indotte dalle tecniche in questione, si risolvessero in lesioni gravi a danno del paziente.

Con la recente introduzione di farmaci « miorilassanti » — in grado di lenire vari effetti collaterali delle convulsioni — episodi del genere sono diventati assai rari.

L'atteggiamento italiano, in proposito, emerge con sufficiente chiarezza da una sentenza della Cassazione degli anni sessanta. L'elettroshock (affermano i giudici) va ormai considerato alla stregua di una cura « normale, che non pone problemi tecnici di eccezionale difficoltà, ma richiede solo l'osservanza dei doveri di comune prudenza ». Corollario di tutto ciò è che il medico, « non essendo applicabile l'art. 2236 c.c., non andrà esente da responsabilità nei casi di colpa lieve ».

I fatti all'origine di questa pronuncia? Si trattava di un incidente accaduto all'interno dell'ospedale psichiatrico di Milano, nel 1957. In assenza di autorizzazioni del malato o dei suoi familiari, un degente era stato sottoposto ad applicazioni di elettroshock — tali da provocare la frattura di un arto e una conseguente invalidità permanente.

Il Tribunale di Milano accoglierà, in prima istanza, la do-

manda risarcitoria avanzata nei confronti dell'amministrazione provinciale. Perno della condanna sarà il rilievo dell'aver l'équipe sanitaria proceduto a un intervento così delicato senza la preventiva ricerca del consenso (dell'infermo o dei parenti). E non era neppure mancata, rileverà la sentenza, qualche scorrettezza nell'esecuzione del trattamento: il danno era sostanzialmente riconducibile al mancato impiego dei farmaci miorilassanti, il cui uso avrebbe ridotto di molto il rischio di fratture.

Orbene, tali conclusioni verranno capovolte (con un verdetto tanto inatteso quanto privo di serie argomentazioni) dai giudici di secondo grado, alle cui opinioni finisce per aderire la stessa Cassazione.

Sosterranno i due organi come si fosse trattato di una « normale » e del tutto « innocua » terapia. Nessun rimprovero per i sanitari; anche se largamente sperimentato, l'uso del miorilassanti costituiva al tempo un metodo non ancora diffuso — la cui mancata utilizzazione non poteva rappresentare un'omissione colposa.

Di qui l'assenza, secondo i giudici, di un serio legame causale rispetto alla frattura — evento da collegare piuttosto al meccanismo stesso della cura, legittimamente applicata; mentre il consenso alla seduta convulsiva verrà prospettato dalle corti (con una lettura non meno disinvolta) quale dato implicito nella generica richiesta di internamento, qual era stata formulata dalla madre del giovane.

28.5.1. Ipotesi di condanna.

Parzialmente diversa la soluzione giudiziale fornita in una vicenda di alcuni anni dopo.

I fatti: nel 1955, a Napoli, una donna di sessant'anni viene sottoposta da due medici a elettroshock, nella sua abitazione; dopo l'intervento essa accusa la lussazione della testa dell'omero destro. La cassazione si esprimerà nuovamente nel senso della « normalità » tecnica della cura — premessa destinata a rendere applicabili le regole ordinarie in materia di negligenza (art. 1176 c.c.). Diversamente dal primo caso i giudici ritengono però di

individuare, stavolta, più di un elemento di colpevolezza nella condotta dei sanitari.

Costoro avevano omesso di accertare, tramite esame radiografico, la resistenza fisica della paziente, in vista della prevenzione di eventuali lesioni ossee. Avevano inoltre proceduto a una terapia « domiciliare », anziché operare all'interno di una clinica neurologica — dove sarebbe stato possibile il ricorso a efficaci miorilassanti, nonché il sostegno di anestesisti specializzati.

È curioso che nelle decisioni citate, malgrado la vicinanza cronologica dei fatti, i giudici finiscano per attribuire significato pressoché opposto a un dato di natura prettamente scientifica: quello sull'uso dei farmaci miorilassanti.

Un cenno anche alle vicende che hanno avuto per protagonista, negli anni sessanta, un medico dell'ospedale psichiatrico provinciale di Collegno. Era costui uno psichiatra avvezzo a praticare sedute reiterate di elettroshock e/o di elettromassaggio, a scopo meramente punitivo sui ricoverati (perfino su bambini di sei anni). Simili pratiche porteranno il « terapeuta » ad affrontare un giudizio penale, destinato a concludersi sui banchi del Tribunale di Torino, l'11 luglio 1974, con la condanna per il reato di maltrattamenti (i fatti hanno avuto un'eco letteraria di rilievo; si veda il libro di Papuzzi, 1977).

28.5.2. Casistica statunitense.

La necessità che venga prestata massima attenzione alle condizioni del malato — quali si presentano durante l'elettroshock — è stata sottolineata particolarmente in alcune decisioni statunitensi.

Un'applicazione interessante possiamo trovarla in *Stone v. Proctor* (1963). Riacquistata coscienza dopo la prima seduta convulsiva, un paziente era andato accusando intensi dolori lombari — dolori che lo psichiatra aveva lenito con semplici iniezioni e con applicazioni di calore; dopodiché la scelta era stata di proseguire la cura, intensificando (per voltaggio e durata) le applicazioni. Al termine l'infermo si vedrà diagnosticare una lesione alle vertebre.

Nella causa (successivamente promossa) l'accusa al professionista si fonderà sulla negligente omissione di esami radiologici: esami idonei a evidenziare, secondo la vittima, la patologia vertebrale e la conseguente necessità di interrompere la terapia. Da approvare il verdetto del giudice, il quale ravviserà nella condotta dello psichiatra una grave imperizia, sottolineando come il ricorso alla radiografia, in casi del genere, fosse raccomandato dalla American Psychiatric Association (associazione cui il querelato riconosceva di appartenere).

Analoghi i fatti in una vicenda di poco successiva. Si trattava nuovamente di un malato con forti dolori dorsali, insorti a causa delle sedute elettroconvulsive. Benché il paziente avesse riferito a un'infermiera i propri sintomi, nessun accenno a questi (leggiamo nella sentenza) era rinvenibile nella cartella clinica. La terapia era proseguita senza variazioni, nonostante l'aggravamento delle condizioni dell'infermo, il quale aveva cominciato a mostrare difficoltà di deambulazione.

Le radiografie evidenzieranno varie fratture agli arti. Ed ecco la corte sancire, al termine della causa, la responsabilità congiunta dell'ospedale e degli psichiatri incaricati delle applicazioni: condanna derivante (osservano i giudici) dalla scarsa attenzione dimostrata per le condizioni dell'assistito, quali venivano evolvendosi fra un trattamento e l'altro. Il danno verrà quantificato in 35 mila dollari, a carico degli imputati — con il riconoscimento all'ente di una possibilità di rivalsa sui due medici.

28.5.3. Trattamento post-terapia.

Lo stato in cui versa il paziente dopo una terapia convulsiva (appannamento mentale, disorientamento, mancanza di equilibrio) è ben noto ai medici, i quali sono tenuti a vigilare affinché il malato non resti vittima di incidenti. In caso contrario le corti non esitano a condannare gli psichiatri.

Significativa la sentenza *Adams v. Ricks* (1955) — in una vicenda ove la condotta del personale era apparsa quantomeno disinvolta. La storia è presto raccontata. Una degente era caduta dal letto dopo aver subito l'ultimo dei sei trattamenti convulsivi

preventivati; la corte accerterà che l'incidente era potuto accadere solo grazie ad alcune imprudenze dei sanitari. Questi ultimi non solo avevano sistemato la donna in un letto senza sponde, ma l'avevano altresì lasciata priva di sorveglianza (mancava oltretutto nella stanza il dispositivo d'allarme, previsto dalle norme ospedaliere). Emergerà poi come dopo la caduta sul pavimento fossero trascorsi ben 30 minuti prima che qualcuno intervenisse.

Scontata la censura a carico dei professionisti.

Simile la vicenda esaminata (sempre negli Stati Uniti) da una Corte federale. Anche qui l'utente — un nevrotico, convinto di essere malato di cancro — era reduce da un trattamento convulsivo effettuato al mattino. Risulterà come gli fosse stato consentito, quel pomeriggio, di salire senza accompagnatori al secondo piano dell'edificio, per sottoporsi a massaggi; e al termine il poveretto era inciampato, cadendo rovinosamente lungo le scale e finendo ucciso. La corte osserverà (con qualche punta di severità, che non sembra tuttavia fuori luogo) come il neuropsichiatra a capo della clinica non avesse rispettato i canoni di «ragionevole attenzione e perizia professionale», avendo permesso all'assistito di avventurarsi da solo lungo le scale.

Particolarmente grave la violazione dei doveri postterapeutici ravvisata nel caso *Christy v. Saliterman* del 1970 (l'infermo sarà indotto a chiamare in causa addirittura il proprio legale, il quale aveva lasciato decorrere i termini di prescrizione per l'azione di *medical malpractice*).

Questa in breve la vicenda. Il ricovero di Mr Christy — soggetto depresso, con tendenza ad abusare di farmaci ed alcol — viene bruscamente interrotto dall'amministrazione ospedaliera: e ciò proprio alla scadenza della copertura assicurativa che permetteva la degenza nella clinica. Il paziente sarà così dimesso all'improvviso, nonostante avesse subito da poco un'applicazione di elettroshock. L'ordine di rilascio viene impartito telefonicamente, senza previo esame medico; e l'unico suggerimento fornito alla moglie del malato (che obbedirà puntualmente) riguarda la somministrazione di un tranquillante. L'effetto del sedativo — fors'anche a causa di un'indipendente assunzione di farmaci — è repentino. La sera stessa il poveretto si addormenta

con una sigaretta in bocca; questa cadendo provoca un incendio, nel quale l'infelice finirà per riportare ustioni di secondo e terzo grado sul trenta per cento del proprio corpo.

Scontata pure qui la condanna: troppo madornali erano state le sbadataggini dell'ospedale per non dover comportare una sanzione, in sede di risarcimento del danno.

28.5.4. L'esperienza della Germania Federale.

Le corti tedesche hanno avuto varie occasioni di pronunciarsi sui trattamenti elettroconvulsivi. E colpisce subito, presso questi giudici, il peso attribuito al motivo delle *informazioni* fornite all'infermo, nonché al ruolo svolto caso per caso dai familiari.

Una prima vicenda è quella relativa a un utente il quale, ricoverato nel reparto neurologico di un ospedale municipale, aveva finito per perdere l'uso di una gamba, dopo che durante una seduta di shock si era prodotto una compressione vertebrale.

Accertata la colpevolezza del medico, la Corte d'appello di Brema aveva condannato l'ospedale al risarcimento. La clinica eccepirà però come l'assistito avesse consentito alla terapia, della quale erano stati altresì accettati tutti i rischi.

Intorno ai nodi del « consenso informato » si svolge appunto l'argomentazione della Corte federale. Duplici in via di principio le puntualizzazioni:

a) nessun intervento che interferisca con l'integrità fisica del malato sarà lecito, di regola, qualora l'interessato non lo abbia autorizzato;

b) il medico non ha facoltà di modulare le informazioni, dovute al paziente, in funzione dello stato psichico di quest'ultimo (in particolare, non è lecito sottacere le insidie dell'intervento al fine, pur umanamente comprensibile, di non spaventare l'interessato: il cosiddetto « privilegio terapeutico »).

Alla luce di queste considerazioni i giudici, dopo avere proclamato che il trattamento di shock non può ritenersi privo di azzardi, sanzioneranno i professionisti i quali non avevano informato il degente circa quella possibilità.

Così la sentenza del 1954.

Non meno significativa una successiva pronuncia della Corte suprema tedesca, il cui sfortunato protagonista era un alcolizzato, che si era visto ricoverare in una clinica per disturbi mentali. L'insuccesso delle terapie farmacologiche aveva indotto lo staff medico a ricorrere al trattamento elettroconvulsivo — previo consulto con la moglie, il fratello e la sorella del degente.

Durante l'intervento il malato finirà per riportare una frattura al femore, lesione destinata, più tardi, a compromettere permanentemente la funzionalità dell'arto. Ecco la vittima citare allora la clinica adducendo: *a*) l'inesistenza del proprio consenso; *b*) la mancata informazione circa i pericoli insiti nella seduta; *c*) l'imperizia terapeutica, concretatasi nel mancato ricorso a farmaci miorilassanti.

Puntuali le repliche della casa di cura: *x*) il consenso era stato prestato dai congiunti; *y*) mancava qualsiasi obbligo di comunicazione circa i possibili effetti dell'elettroshock (la cui pericolosità all'epoca dei fatti, 1954, era da ritenersi remota); *z*) le condizioni generali dell'infermo — respiratorie, epatiche, cardio-circolatorie — apparivano tali da sconsigliare l'uso dei miorilassanti.

Ancora una volta, la pronuncia della corte ruoterà intorno al punto degli obblighi di informazione. Dopo una sottolineatura circa la centralità (del ruolo) dell'utente, un sottile distinguo compare nella sentenza — relativamente all'opportunità di mettere in conto, nel valutare i rischi dell'intervento, l'entità e la frequenza degli eventi lesivi. Di qui una serie di rilievi intorno al calo di pericolosità della terapia, nel corso degli anni, e quindi alla scarsa consistenza del rapporto fra notizie su eventi relativamente infrequenti e consenso espresso da un « paziente ragionevole ».

Tanto basterà per annullare — con una decisione, bisogna dire, un po' troppo sensibile alle ragioni della classe medica — la condanna cui era giunta la Corte d'appello.

Sezione VI
DOVERI CIRCOSTANTI LA TERAPIA

28.6. Introduzione.

Gli obblighi dell'operatore psichiatrico verso chi soffre non si esauriscono in ciò che attiene allo svolgimento, puro e semplice, della terapia. Altri momenti possono venire in considerazione, fra cui soprattutto il dovere di non intrattenere rapporti extraprofessionali col cliente, e l'impegno a non violare la riservatezza del malato.

Se il primo aspetto non suscita eccessivi problemi, non si può dire altrettanto per il secondo. La ricerca di un punto di equilibrio tra *privacy* dell'infermo e sicurezza degli estranei è, spesso, tutt'altro che semplice.

Da un lato occorre considerare la delicatezza del rapporto medico-utente, che obbliga al segreto professionale. Dall'altro non va scordata l'importanza dei motivi di ordine pubblico, potenzialmente in conflitto con i doveri al silenzio per lo psichiatra.

28.6.1. Relazioni intime tra terapeuta e paziente.

Particolarmente scabroso il capitolo dei rapporti sessuali fra medico e paziente.

Il precedente storico è rappresentato negli USA da *Zipkin v. Freeman* (1968). La vicenda, alquanto complessa, riguardava un'inferma la quale si era rivolta a un terapeuta per la cura di alcuni lievi disturbi di carattere psicosomatico — disturbi destinati a scomparire dopo appena due mesi di trattamento.

Ed ecco il seguito degli avvenimenti. Accampando il rischio di possibili « ricadute », il sanitario persuade la malata a non

interrompere la terapia. Viene formulata una diagnosi di nevrosi, con complesso di inferiorità e latente desiderio di essere un uomo — patologia che sarà curata secondo metodi quantomeno singolari. Usando la minaccia di internamento, il terapeuta dapprima induce la cliente a presenziare a un party nudista in piscina, in compagnia di altri psicolabili; successivamente la convince ad abbandonare il marito. La donna finirà così per trasferirsi insieme ai figli in una fattoria (acquistata anche con i denari di lei) — luogo ove l'impegno in attività manuali avrebbe potuto, a detta del medico, liberarla dal rammarico di non appartenere al sesso opposto.

Per convincerla a troncare ogni legame familiare, lo psichiatra indurrà più tardi la paziente a citare in giudizio il marito, nonché il fratello; e la spingerà infine a compiere azioni gratuitamente aggressive, quali sottrarre i vestiti al primo e mettere a soqqadro l'ufficio del secondo.

Tutto ciò per due anni di seguito, al termine dei quali Mrs Zipkin — i cui problemi si sono nel frattempo aggravati — riesce a vincere finalmente ogni timore e a tornare a casa propria. Dopodiché essa prende la decisione di citare per danni lo psichiatra.

Soluzione del caso? I giudici si orienteranno, com'è intuibile, in senso favorevole alla donna.

Val la pena di notare come la corte si rifaccia qui, esplicitamente, a una precedente pronuncia inglese (*Landau v. Werner*, 1961). Lì — ricordiamo — lo spirito di iniziativa del medico, uno psicanalista, non aveva neppur sfiorato gli estremi del caso appena descritto; tutto ciò che al professionista poteva rimproverarsi era di aver coltivato, fuori dallo studio, innocenti contatti mondani con la propria assistita, Mrs Landau (« The doctor [...] took her out to tea and dinner in restaurant » — riferisce la motivazione). Scopo di tali incontri, secondo il terapeuta, era mitigare gli effetti negativi che la brusca interruzione del rapporto terapeutico avrebbe potuto produrre; nessun dubbio che la decisione di troncare le sedute costituisse, infatti, la risposta della malata all'attrazione da lei avvertita verso il terapeuta (effetto tipico dei meccanismi di transfert). Tuttavia, malgrado le precau-

zioni, le condizioni di Mrs Landau erano peggiorate al punto da rendere la donna incapace di lavorare e, addirittura, da spingerla al suicidio.

Come orientarsi? Anche qui, la scarsa ortodossia del comportamento risulterà alla corte abbastanza palese; verrà emessa pertanto una sentenza di condanna, sottolineandosi l'inconciliabilità di ogni contatto con l'utente (svolto al di là dall'ambito terapeutico) rispetto ai doveri dell'analista.

28.6.2. Casistica.

Questioni intricate, come si vede; e la complessità è anzi tale da indurre a optare, non di rado, per una celebrazione del processo a porte chiuse.

E quanto è accaduto in *Roy v. Hartogs*. L'accusa concerneva uno psichiatra, ritenuto colpevole del peggioramento nelle condizioni di una cliente; una volta posto fine al rapporto terapeutico, costei aveva dovuto subire ben due ricoveri in cliniche psichiatriche. Ciò che si imputava al sanitario era soprattutto il fatto di aver abusato — nel corso della cura, protrattasi per tredici mesi — della propria posizione gerarchica, proponendo una frequentazione intima (*sexual intercourse*) quale rimedio alle difficoltà di carattere sessuale che l'inferma accusava. La corte sottolineerà come il malessere di quest'ultima fosse frutto non solamente dell'avvenuto amplesso col medico, ma anche della mancata erogazione di cure professionalmente accettabili.

Da segnalare altresì il caso *Cotton v. Kambly* — dove assistiamo a un drastico rovesciamento del verdetto iniziale (favorevole al sanitario). La condotta dello psichiatra, consistente nell'indurre la paziente a intrattenere rapporti sessuali (in base a pretese ragioni di cura), apparirà alla corte viziata da malpractice. La regola è che azioni del genere, afferma la sentenza, sono assimilabili al gesto del medico generico il quale somministri medicinali sbagliati, o all'azione del chirurgo che esegua male un'operazione: ciò che conta è il divario, puro e semplice, fra il comportamento tenuto e quello esigibile secondo gli standard della pratica corrente.

28.6.3. Responsabilità dell'ente sanitario.

Un punto va comunque evidenziato. Non sempre il biasimo, in situazioni come quelle illustrate, riguarda il singolo operatore; spesso entrerà in gioco anche la responsabilità (vicaria) dell'apparato sanitario.

Così per la chiamata in causa del governo federale statunitense, in relazione alla scorrettezza di un medico militare. La corte rinfaccerà, opportunamente, ai superiori del terapeuta di non essere intervenuti una volta che era giunta loro notizia dell'atteggiamento « non professionale » di quest'ultimo — il quale aveva sedotto una cliente nel corso del rapporto. Omissione di intervento che aveva favorito l'insorgere nella paziente e nel marito di un profondo stato di depressione (il danno verrà risarcito con 70 mila dollari alla moglie e con 30 mila dollari all'uomo).

Di particolare interesse una recente sentenza, emessa nello stato di New York.

I fatti: una donna si rivolge a un medico, praticante psichiatra nel St. Vincent's Hospital & Medical Center, per risolvere problemi di malinconia e di dipendenza da alcol e droghe. Dopo la dimissione dall'ospedale sboccia, tra i due, una *liaison* sentimentale; la frequentazione si protrae per circa un mese, durante il quale il sanitario coinvolge la partner nel consumo di droghe e di alcol. Quest'ultima si accorgerà a un certo punto di essere in attesa di un figlio; non sentendosi in grado di affrontare la maternità decide di abortire.

Ecco la paziente citare allora l'ospedale, nonché il praticante, facendo valere tre motivi: *a*) lesione della salute psichica; *b*) scorrettezza professionale; *c*) violazione delle regole sul « consenso informato ».

Il tribunale si orienterà per uno scagionamento dell'ente ospedaliero — ed è un verdetto da approvare. Il ricovero aveva in effetti costituito solamente un'« occasione », non la causa, di quanto avvenuto successivamente: nelle azioni contestate, buone o cattive che fossero, mancavano valenze terapeutiche di sorta.

Quanto al giovane professionista, non sarà difficile riconoscere nel corteggiamento da lui intrapreso i tratti soggettivi —

consapevolezza delle probabili ripercussioni — idonei a giustificare il risarcimento.

28.6.4. Rapporti sessuali fra terapeuta e congiunti del paziente.

Talvolta la condanna deriva dalle avance operate verso un parente del malato.

È quanto è accaduto in *Mazza v. Huffaker*. Mazza era un paziente il quale aveva trovato sollievo dalla psicosi maniaco-depressiva grazie alle sedute analitiche con il dr. Huffaker. Il rapporto terapeutico era cresciuto al punto che gli argomenti più inconfessabili erano anch'essi divenuti, nel corso degli incontri, oggetto di conversazione: fra questi soprattutto le difficoltà coniugali del cliente — difficoltà destinate a culminare nel divorzio di Mazza dalla moglie.

Una sera — poco dopo la fine del matrimonio — l'uomo si reca nell'abitazione della (ex) consorte e scorge lì vicino la vettura dello psichiatra. Entrato in casa trova i vestiti di quest'ultimo sparpagliati nel salotto; la porta della camera da letto è chiusa. Immediata la reazione a tutto ciò: l'uomo tenta di uccidere il medico, con un colpo di pistola, che mancherà fortunatamente il bersaglio; segue una violenta colluttazione, nella quale Mazza riporta la peggio, al punto da dover essere ricoverato in ospedale. Una volta dimesso dalla clinica si accanirà contro la vettura di Huffaker, forandone i pneumatici e sottraendo dalla stessa alcuni effetti personali.

Di qui la causa per danni intentata da Mazza, il quale incolpa di scorrettezza professionale lo psichiatra, costui replicherà accusando, a sua volta, l'ex paziente di violenza privata e lesioni.

Giustamente la corte finisce per stigmatizzare la condotta del terapeuta. Quest'ultimo non aveva calcolato — si sottolineerà — le possibili ricadute dei suoi atti sulla fragile struttura psichica del cliente. E l'enormità della spregiudicatezza apparirà tale da legittimare l'assegnazione alla vittima dei cosiddetti « danni punitivi » (ben 500 mila dollari) in aggiunta alle altre voci di risarcimento.

Non meno ferma la risposta alle contropretese del medico (il quale puntava a un indennizzo per l'aggressione armata): verrà chiarito come l'azione di Mazza fosse stata innescata dal contegno provocatorio del professionista, il quale si vedrà accordare, a titolo di consolazione, una somma poco più che simbolica.

28.6.5. Il dovere di avvertire (*duty to warn*).

È noto come, durante il rapporto, lo psichiatra sia destinato a penetrare nei meandri più riposti della personalità del cliente. E accade spesso che quest'ultimo sveli, nel corso del trattamento, pulsioni altrove occultate.

Quale dovrà essere — ci si domanda — l'atteggiamento del terapeuta, nel momento in cui al centro dei dati così attinti figura la comunicazione di propositi aggressivi, rivolti verso altri individui? Esiste l'obbligo di attivarsi al fine di proteggere la vittima designata, avvertendo magari la persona stessa, i parenti dell'utente, la polizia? A rispondere affermativamente è la Corte suprema dello Stato della California. Dalla data della pronuncia (1976) dovere di avvertire — *duty to warn* — e « caso Tarasoff » sono diventati pressoché sinonimi.

I fatti. Un paziente libero (*out-patient*) informa il proprio sanitario del proposito, che egli nutre, di uccidere una ragazza. Pur non avendo (il giovane) fatto il nome della vittima designata, riuscirà facile al professionista risalire all'identità della stessa, sulla base dei dettagli forniti dall'infermo: la fanciulla apparteneva all'ambiente universitario, aveva rifiutato in precedenza le attenzioni dello squilibrato, era in quel momento sul punto di tornare dal Brasile. Preoccupato dalle intenzioni del cliente, lo psichiatra — un dipendente della clinica universitaria — avverte la polizia circa la pericolosità dell'individuo: questi verrà così sottoposto a un breve periodo di detenzione. Soddisfatte dal ritorno a condizioni di apparente tranquillità dell'uomo (che aveva promesso di tenersi alla larga dalla minacciata), le autorità di polizia lo rimettono in libertà. La normalità si rivela purtroppo temporanea: Poddar — questo il nome dello psicolabile — finirà per uccidere la ragazza.

I genitori della giovane assassinata — Tatiana Tarasoff — citano allora in giudizio l'amministrazione universitaria, nonché i terapeuti che avevano avuto in cura il malato: lamentano la mancata assunzione di misure di sicurezza nei confronti di quest'ultimo, nonché l'omessa comunicazione alla famiglia circa i rischi che la figlia stava correndo.

Sofferta, ma equilibrata, la decisione della corte californiana. Nel pronunciare la condanna della clinica universitaria, i giudici stabiliscono il principio che il sanitario — ove al corrente del pericolo che il proprio assistito rappresenta per qualche estraneo — è obbligato a darsi da fare (allertando la futura vittima, oppure la famiglia di questa, o la polizia) affinché la minaccia sia sventata.

Sin qui l'affare Tarasoff.

Di poco successivo, nel filone in esame, il caso presentatosi alla Corte suprema del New Jersey con *McIntosh v. Milano*. Protagonista questa volta uno psicolabile diciassettenne: individuo dalla personalità schizoide, fortemente marcata da sentimenti morbosi di attrazione/gelosia rispetto a una vicina di casa, con la quale era forse intercorso, in passato, un legame di natura affettiva.

Durante le sedute psichiatriche con il dr. Milano, il paziente dimostra forti cariche di aggressività; elementi che si accentuano al punto da far sì che egli si presenti alla seduta, un giorno, munito di coltello. Qualche tempo dopo, eccolo sottrarre al medico una ricetta per psicofarmaci. E gli istinti violenti del ragazzo trovano sfogo più tardi nel danneggiamento della vettura del *boy-friend* della ragazza desiderata, nonché nella rottura di alcune finestre della casa di quest'ultima. La vicenda raggiungerà l'epilogo quando il giovane riesce a mettersi in contatto con la fanciulla (la quale aveva nel frattempo traslocato) e a fissare con lei un appuntamento in un parco: luogo in cui egli finisce per ucciderla sparandole un colpo di pistola.

Promossa dai genitori della vittima, la causa per danni si conclude nuovamente con la condanna dello psichiatra: un verdetto — osserviamo — senz'altro da approvare.

Con la strada spianata dalla decisione californiana, la corte del New Jersey rimprovera, in particolare, al terapeuta una totale

assenza di correttezza rispetto agli standard della professione. E il biasimo più serio sarà, appunto, quello della mancata messa al corrente circa il rischio costituito dal proprio cliente (vi è da dire che, a differenza del caso precedente, il futuro assassino non aveva formulato minacce contro persone specifiche: i giudici osserveranno però come il bersaglio delle pulsioni del malato fosse stato, fin dall'inizio, ben riconoscibile dal sanitario).

28.6.6. Fattispecie particolari.

Ancor più impalpabili gli elementi — circa l'individuabilità della vittima predestinata — con cui i giudici puntelleranno la condanna nel caso *Lipari v. Sears, Roebuck & Co.*

Brevemente i fatti. Poco prima di riprendere la frequentazione di un VA (Veteran Administration, ospedale federale) in veste di « paziente libero », uno squilibrato (che si era visto internare più volte in manicomio) acquista una pistola presso un negozio della catena Sears. Dopo una ventina di giorni dalla « presa in carico » sanitaria l'uomo, nonostante il parere dei medici, decide di interrompere il trattamento. Un altro mese ed ecco esplodere la follia: con la pistola comprata due mesi prima l'infermo irrompe una sera in un night club, dove inizia a far fuoco all'impazzata: uccide così Lipari, ferendone gravemente la moglie. Di qui l'azione per danni di quest'ultima, la quale cita in giudizio la Sears, accusandola di aver venduto (illegalmente) armi a un individuo quanto mai pericoloso. Una volta accordato il risarcimento ai parenti della vittima, la corte concederà alla società la rivalsa sull'amministrazione ospedaliera, colpevole per le ingiustificate dimissioni di un malato a rischio.

A partire da questo caso, cioè dal 1980, si assiste presso le corti americane a un autentico boom del cosiddetto « dovere di avvertimento ». Allontanatosi dalla formula originaria, il *duty to warn* finisce anzi per assumere le dimensioni di un vero dovere di protezione (*duty to protect*) — a presidio di qualsiasi estraneo entrato, a questo o a quel titolo, nell'orbita dell'infermo.

Ecco spiegata la decisione della Corte suprema di Washington del 1983. Verrà ricompreso fra i potenziali minacciati, nei

cui confronti far valere i doveri « protettivi » del medico, un semplice automobilista di passaggio — in particolare uno sfortunato guidatore, che era rimasto investito dalla vettura condotta da un malato di mente (da poco dimesso dall'ospedale psichiatrico, questi non aveva rispettato il semaforo).

In forza del principio del *duty to warn* si arriverà, negli Stati Uniti, ad accordare il risarcimento anche per « danno arrecato a cose ».

È quanto è accaduto nel caso *Peck v. The Counseling Service of Addison County, Inc.* Dopo l'ennesimo litigio con il padre, uno squilibrato ricorre alla consulenza del centro presso cui si trovava in trattamento (in veste di *out-patient*). Deciso a vendicarsi delle minacce di internamento — provenienti dal genitore — nonché dell'epiteto di « folle » con cui era stato apostrofato, l'assistito annuncia di voler appiccare fuoco al fienile paterno. Sul momento, i terapeuti non attribuiscono peso alla dichiarazione; l'infermo darà invece corso puntualmente ai suoi propositi.

Il primo verdetto, favorevole all'ente, viene successivamente ribaltato in appello. E di nuovo sarà proclamata la responsabilità civile del centro, sempre per non aver (i sanitari) provveduto ad allertare la parte minacciata. Una quota del danno rimarrà comunque a carico del padre, parzialmente colpevole — secondo la corte — dal momento che le tendenze aggressive del figlio non potevano non essergli note.

28.6.7. Orientamenti restrittivi.

Il *trend* favorevole ad allargare gli obblighi terapeutici non ha trovato, negli USA, unanimità dei consensi. Pronunce in senso contrario non sono mancate ultimamente — ed è curioso che i segni di maggior titubanza giungano proprio dalla California, cioè dal luogo in cui il dibattito aveva avuto storicamente inizio, con il caso *Tarasoff*.

Spicca in particolare il rifiuto, presso le corti d'oltreoceano, di estendere il *duty to warn* alle eventualità in cui: *a*) la minaccia appaia rivolta non verso estranei, bensì nei confronti del paziente; *b*) la parte lesa sia qualcuno resosi colpevole, anteriormente, di

aver violato i suoi doveri di sorveglianza verso l'infermo — spesso un parente stretto della vittima.

Nessun indennizzo verrà accordato così ai genitori di una ragazza autolesionista — benché sia il padre che la madre avessero provato di non essere stati edotti, dallo psichiatra, circa le propensioni autolesive della figlia.

Lo stesso ove emerga che le minacce — proferite con largo anticipo rispetto al momento dell'esecuzione non avevano obiettivi chiaramente individuabili. Verrà scagionato così l'ente territoriale che si era visto incaricare, a livello paracarcerario, della custodia dell'infermo (si trattava di un minore il quale, nel primo giorno di permesso, aveva ucciso un fanciullo nelle vicinanze di casa).

Non diverso — e altrettanto condivisibile — l'esito di un processo alla cui origine v'era il tentato omicidio dell'allora presidente degli Stati Uniti, Ronald Reagan: vicenda a seguito della quale tre membri dello staff presidenziale avevano riportato lesioni. Il caso riguardava le pretese risarcitorie avanzate, dai tre feriti, verso l'analista che seguiva il futuro attentatore. Emergerà come il rapporto terapeutico in questione (avviato su iniziativa dei genitori del folle, in seguito al tentato suicidio di costui) fosse basato sulla tecnica del *biofeedback*, con l'unico supporto del Valium.

Pur valutando le prestazioni dello psichiatra al di sotto lo standard desiderabile, il giudizio finale della corte sarà favorevole al sanitario. Peserà anche stavolta la considerazione circa la mancanza, nella vicenda, dell'elemento della « prevedibilità » (considerazione poggiante sull'assenza di specifiche minacce, espresse nei confronti del presidente Reagan o di altre persone). Tutto quanto il medico più sagace avrebbe potuto scoprire, sottolineerà la sentenza, era un'ossessione per l'attrice Jodie Foster, nonché per il film *Taxi Driver* — più, a voler essere pignoli, una collezione di libri su Reagan e sugli assassini politici, unitamente a una certa pratica nell'uso delle armi.

28.6.8. Il dovere di riservatezza.

Fin dove giunge allora il dovere di segretezza rispetto alle notizie, delicate o scabrose, di cui il professionista sia venuto a conoscenza durante la cura?

Spetta al medico valutare (ecco la risposta) se le minacce siano fondate. Qualora i propositi del malato si atteggiino come esternazioni fantastiche, scevre di pericolosità, ogni pubblicazione correrà il rischio di venir qualificata come violazione della riservatezza (*breach of confidentiality*) — un fatto da considerare, d'abitudine, fonte di responsabilità per il terapeuta.

Secondo angolature del genere va riletto l'affare *Hopewell v. Adebimpe*. Al centro della vicenda vi era qui una donna la quale — esasperata dalle continue proposte sessuali subite sul posto di lavoro — aveva confidato al suo analista che il prolungarsi delle molestie avrebbe potuto indurla a reagire violentemente. Il medico aveva informato il datore circa tali intenzioni. Ed ecco la donna citare per danni il terapeuta « chiacchierone »; iniziativa che finirà per ottenere pieno successo: non era ammissibile, alla luce delle evidenze cliniche, una violazione della *privacy* come quella perpetrata.

Allo stesso modo la responsabilità è stata affermata in merito a un libro di memorie, pubblicato da uno psicoterapeuta: il volume conteneva particolari delicati su una cliente, particolari che l'autore era venuto apprendendo durante le sedute di analisi.

Sin troppo lassista — e per certi versi « datato » — il verdetto in *Berry v. Moench*. Si trattava qui di un padre il quale, desideroso di sapere qualcosa circa il corteggiatore della figlia, aveva chiesto informazioni allo psichiatra presso cui il ragazzo era stato in cura. La corte riterrà prevalente, a fronte dell'interesse alla riservatezza del giovane, la preoccupazione del genitore nei confronti della figlia, liberando il (collaborativo) terapeuta da ogni sanzione.

È ancora il medico ad avere la meglio in un altro caso (ma l'indulgenza della corte appare stavolta giustificata). La storia era quella di un infermo (dipendente civile dell'aviazione statunitense) il quale era solito assentarsi dal lavoro a causa di seri problemi di etilismo; lo psichiatra di costui forniva periodica-

mente certificati che attestavano l'esistenza di problemi respiratori, e ometteva di menzionare la dipendenza dall'alcol. Insospettata, l'amministrazione militare chiederà spiegazioni al terapeuta: e questi, contro il parere del paziente, si decide a rivelare il vero motivo delle assenze. L'uomo viene così bruscamente licenziato, dopodiché chiama in causa l'analista: la corte, pur riconoscendo la sussistenza di un obbligo di discrezione in capo al medico, qualificherà — opportunamente — tale dovere come « secondario » rispetto agli interessi generali che l'ente governativo difendeva.

Sezione VII
CONTESTI CHIUSI

28.7. Mancata prevenzione del suicidio.

Accade spesso che la condanna dello psichiatra dipenda da omissioni di sorveglianza, relative alla persona dell'infermo.

Un esempio è quello dei reparti ospedalieri in cui non sia stata impedita, ai degenti, la vicinanza con oggetti pericolosi (arnesi taglienti, medicinali, sostanze velenose) o la disponibilità di capi di vestiario (cinture, cravatte) suscettibili di trasformarsi facilmente in mezzi di autolesione.

La casistica è copiosa.

Si può ricordare la vicenda del ricoverato il quale, complice la scarsa attenzione del personale, era riuscito ad avere accesso al veleno custodito in una stanza di servizio. Oppure il caso del soggetto impadronitosi furtivamente di un coltello, con cui si taglierà poi la gola.

O ancora la storia del malato il quale si era servito della cintura della propria vestaglia (sfuggita ai controlli degli infermieri) per impiccarsi.

A volte l'accusa può riguardare la disponibilità di materiali nient'affatto pericolosi: ad esempio uno straccio, utilizzato come base per formare un cappio dalla paziente che era incaricata delle pulizie (la donna si impiccherà nel bagno delle infermiere).

Talora, la fonte di pericolo può risiedere in ambienti non frequentati abitualmente dagli infermi, e che appaiono, però, strutturati in modo da offrire occasioni inattese per realizzare propositi autolesivi.

Basta ricordare l'affare *Daley v. State*. Un disturbato (paranoico e notoriamente incline al suicidio) si era visto accompagnare nel guardaroba dell'ospedale assieme ad altri compagni,

sotto la custodia di un unico infermiere; sfuggito alla vigilanza, l'assistito troverà morte atroce gettandosi in una tinozza di sapone bollente.

Analogo lo scenario in *Spataro v. State*: in attesa del barbiere, un utente (paranoico) era stato condotto nella lavanderia, e aveva approfittato della distrazione dei sorveglianti per tuffarsi in una vasca di sapone bollente, imperdonabilmente lasciata priva di coperchio.

Tanto più sicura la condanna — aggiungiamo — là dove il pericolo tragga origine da sviste madornali. Potrà essere il caso del portello d'accesso allo scivolo della lavanderia, dimenticato aperto dagli inservienti: oppure della porta antincendio, lasciata inopinatamente spalancata; o, ancora, dell'imbocco del condotto del riscaldamento, rimasto privo di protezione (all'interno di questo condotto, in un tragico episodio degli anni Sessanta, troveranno la morte cinque giovanissimi ricoverati).

Non sempre è così, ad ogni modo — non sempre le circostanze sono eloquenti circa l'esistenza di una colpa.

Basta pensare alla vicenda affrontata dalla Corte d'appello di Bologna, relativa al suicidio di un ospite del manicomio di Imola. Il paziente si era impiccato a un tubo del riscaldamento, sito a più di quattro metri da terra — culmine che egli era riuscito a raggiungere arrampicandosi lungo l'inferriata della finestra della camera; e l'impresa era stata facilitata dal fatto che le imposte, secondo gli ordini emanati per il periodo estivo, erano rimaste spalancate. Risulterà come tale decisione fosse stata presa per dare sollievo agli ospiti durante la notte (tenuto conto del caldo di stagione) e, più in generale, per evitare crisi di claustrofobia.

Nella sentenza bolognese si parla (per le imposte aperte) di un provvedimento rientrante nella normale discrezionalità dei medici: procedimento magari rischioso, e tuttavia « non penalmente rilevante, perché contenuto entro la sfera della prevedibilità determinata dall'anteriore e prolungato comportamento del malato » Una scelta compiuta insomma con ponderazione — anche a tener conto dell'evolversi del quadro clinico del degente, da vari mesi tranquillo; e comunque effettuata secondo « valuta-

zioni che non eccedevano i limiti della probabilità di effetti benefici in confronto con l'improbabilità di effetti dannosi ».

28.7.1. Fughe.

Non sono rari i casi di fuga, o di allontanamento, di un malato psichico dal luogo di cura. E ai medici o agli infermieri capita spesso di vedersi chiamati a rispondere delle conseguenze della scomparsa: sia delle lesioni subite dall'ospite, sia dei torti arrecati da costui a terze persone.

Rispetto ai pazienti infortunatisi durante una fuga, le corti sono influenzate non poco dal riscontro, fra i precedenti dell'infermo, di eventuali tentativi di suicidio.

È l'esperienza statunitense a fornirci gli esempi più significativi. Così, in *Comiskey v. State*, la sorveglianza messa in atto dalla clinica nei confronti di un assistito verrà, giustamente, ritenuta incongrua. Nonostante gli operatori fossero al corrente delle tendenze autolesionistiche del ricoverato, nessuna seria misura di controllo era stata adottata; sicché il degente aveva potuto allontanarsi dal luogo di cura e gettarsi, poco dopo, sotto un convoglio della metropolitana.

Altrettanto opportuna la condanna emessa contro la clinica dalla quale un utente (ricoverato dopo alcuni tentativi di suicidio) si era improvvidamente allontanato, per prendere un autobus. D'un tratto l'uomo era sceso dal mezzo, scivolando malamente e infilandosi sotto la ruota posteriore.

28.7.2. Contratti di assistenza.

Talvolta la condotta del personale andrà giudicata secondo il parametro di ben precisi accordi contrattuali, intercorsi tra la casa di cura e il rappresentante legale dell'infermo.

È quanto è accaduto in *Lyle v. Johnson*. Si trattava di una psicolabile la quale, dopo la fuga dal nosocomio, era affogata tragicamente in un laghetto nei pressi dell'ospedale. Emergerà come i genitori della ragazza avessero escluso in modo esplicito, al momento del ricovero, qualsiasi ricorso a metodi segregativi

(*lock and key*): difficile parlare quindi di un « contratto di custodia » in senso stretto, tale da imporre all'ospedale l'effettuazione di una costante sorveglianza. La vicenda si concluderà abbastanza discutibilmente — con il proscioglimento degli imputati.

Meno recente il caso *Hawthorne v. Blythewood*. Lo standard di vigilanza per la clinica era stato definito minuziosamente dal medico di fiducia — il quale aveva insistito per l'internamento di un proprio paziente, affetto da psicosi maniaco-depressiva. Era stato pattuito che il cliente sarebbe stato sorvegliato a vista. Approfittando della breve assenza dell'infermiere il malato riuscirà invece a scappare, e a raggiungere le vicinanze di uno specchio d'acqua, dove troverà la morte per annegamento. Con una sentenza del tutto persuasiva, i giudici proclameranno la responsabilità civile dell'ente.

28.7.3. Modalità del regime di vigilanza.

Non è raro che i sanitari decidano di modificare il grado di vigilanza sul paziente, assoggettandolo, da un certo momento in poi, a misure meno severe che in passato.

Così nel caso *Fatuck v. Hillside Hospital*. Una degente, la quale nutrivasi seri propositi di suicidio, era stata fin dal suo ingresso in clinica sottoposta a un massiccio regime di controllo. Tale prassi verrà più tardi dismessa, con la possibilità per la donna — a qualche giorno dal cambiamento — di varcare indisturbata la porta del luogo di cura e salire sul tetto di un palazzo, da cui si lancerà nel vuoto. Determinante per la condanna dell'istituto sarà l'assenza di indicazioni (della direzione) che autorizzassero a passare dal livello di sorveglianza più rigoroso a quello più blando.

Stessa conclusione in un episodio di poco anteriore. Preoccupato dei gesti autolesionistici di un'internata, un medico aveva revocato a quest'ultima il permesso di lasciare l'ospedale: al cambio di turno del personale, era accaduto però che la nuova disposizione venisse — senza spiegazioni — disattesa dai guar-

diani. La donna aveva così potuto uscire, finendo per gettarsi poco dopo sotto un'automobile.

Non mancano comunque pronunce meno rigorose. In *Aaronston v. State*, l'occasione di fuga si era offerta all'improvviso a uno dei ricoverati, il quale aveva partecipato a una cerimonia religiosa assieme ad altri nove compagni, sotto la scorta di due sorveglianti (misura diversa dal consueto). La corte statunitense scagionerà la clinica per la successiva morte del fuggiasco. Eventi del genere — questa l'argomentazione dei giudici — sarebbero evitabili con sicurezza solo predisponendo la sorveglianza di (non meno di) un infermiere per ciascun paziente; e si tratterebbe però di livelli organizzativi incompatibili, nella quasi totalità dei casi, con le possibilità di una struttura sanitaria.

28.7.4. Un caso italiano.

Sempre con l'assoluzione dei terapeuti si risolverà la vicenda (sottoposta al Tribunale di Bologna) che aveva visto quale protagonista uno schizofrenico di mezza età, ospite su base volontaria presso l'ospedale psichiatrico « Osservanza » di Imola.

I sanitari non avevano mai ritenuto l'uomo seriamente pericoloso, tanto da assegnarlo a un reparto « aperto », con ampie possibilità di movimento anche nel parco dell'istituto. L'uomo (lungodegente, autosufficiente, sempre tranquillo) beneficiava di frequenti permessi d'uscita, durante i quali era solito circolare accompagnato dalla madre.

Un giorno era accaduto che, eludendo la sorveglianza degli infermieri, grazie ai varchi presenti nella rete di recinzione del vasto parco, l'infermo si allontanasse dalla clinica. E nel corso della fuga egli rimarrà ucciso in un incidente stradale. Di qui l'apertura di un procedimento per omicidio colposo, a carico sia dell'automobilista investitore sia del direttore dell'istituto psichiatrico, nonché del medico di guardia e degli infermieri di turno.

Il tribunale emiliano concluderà che la veste del degente, ricoverato volontariamente, non era tale da far sorgere obblighi di vigilanza particolarmente intensi (comunque non atti a mettere in gioco disposizioni di carattere penale). Sottolineerà poi come

ogni sanzionabilità, sul terreno « manicomiale », forse ormai venuta meno con l'entrata in vigore della l. 180/78.

28.7.5. Defenestrazioni.

Numerosi i casi o i tentativi di suicidio consumati per defenestrazione.

Decisivo sarà, anche qui, il riguardo per eventuali comportamenti anomali da parte dell'infermo; magari la presenza di contegni aggressivi, soprattutto di precedenti gesti autolesivi. Tutti sintomi la cui scarsa considerazione porta di regola alla condanna dell'ente.

Così in una recente vicenda, esaminata da una corte statunitense. Al suo ingresso in clinica una donna di 33 anni si vede collocata in un reparto « aperto »: la scelta è dovuta non tanto a disposizioni dei medici, quanto a mancanza di spazio nella sezione di massima sicurezza del padiglione psichiatrico. Due tentativi di defenestrazione indurranno lo staff sanitario a intensificare il dosaggio di tranquillanti e farmaci antipsicotici; si moltiplicano poi i controlli nei riguardi dell'utente — il che avrebbe dovuto, secondo la direzione, consentire una permanenza della stessa nel settore più rischioso. Saranno tutte precauzioni inutili: l'infelice riesce a montare un giorno sopra il balcone della propria camera, al quarto piano, e a gettarsi nel vuoto.

Nella causa successivamente promossa, l'ospedale verrà (giustamente) ritenuto responsabile in considerazione: *a*) delle carenze nelle misure di sorveglianza, quali necessarie per una malata così grave; *b*) della scarsa professionalità dimostrata dalle infermiere.

Analogo il verdetto in altre ipotesi. In una prima occasione risulterà decisivo, per la condanna della clinica, il fatto che la direzione fosse stata al corrente del guasto al meccanismo di chiusura di una finestra — finestra dalla quale si era lanciata nel vuoto una paziente settantenne, di cui erano risapute le tendenze suicide.

Così pure, verrà biasimata la condotta di un ospedale federale che aveva collocato un degente — con noti precedenti autolesio-

nistici — al settimo piano del nosocomio, senza promuovere livelli di sorveglianza adeguata. Lo stesso per alcuni medici i quali, dopo aver modificato la terapia di un malato, non avevano tenuto sotto controllo le reazioni dello stesso; al termine di una notte insonne (costellata da allucinazioni e tentativi di fuga) l'infermo, in preda al delirio, aveva finito per afferrare un tavolo e per sfondare la finestra del parlatorio, lasciandosi cadere nel vuoto.

28.7.6. Inadeguatezza delle misure di contenzione.

Per le vittime di una crisi psichiatrica improvvisa, determinante — a fini di condanna/scagionamento dell'ospedale — sarà il giudizio sull'adeguatezza delle misure di contenzione adottate.

In questa prospettiva si colloca il caso *Pisel v. Stamford Hospital*. La storia concerneva una paziente la quale, ricoverata in stato di acuta schizofrenia, lamentava atroci dolori cranici. Per una settimana di seguito, i medici l'avevano sottoposta senza successo a terapie elettroconvulsive; alla fine, verrà deciso di rinchiuderla nella stanza di contenzione — luogo spoglio di qualsiasi oggetto pericoloso, letto compreso.

Accade a quel punto che la scorta ospedaliera di antipsicotici venga inaspettatamente a esaurirsi, senza che nessuno fra gli operatori si faccia scrupolo di avvertire il sanitario. E la sospensione (per ben tre giorni) della terapia farmacologica condurrà l'assistita a uno stato di irrefrenabile agitazione, culminata in un'esplosione di violenza: tanto che un mattino la Pisel sarà riportata nel locale di contenzione. Qui, senza ragione, è ricomparso il letto. La degente rimane in seguito abbandonata a se stessa, e non verrà ritrovata che dopo varie ore, con la testa incuneata tra una sponda del letto e il materasso; il lungo periodo di anossia sarà tale da determinare uno stato di coma permanente.

Al termine del giudizio promosso dai congiunti, la corte — con un verdetto inappuntabile — stigmatizzerà sotto più punti di vista la condotta dell'ente; e le critiche avranno per oggetto: a) l'inosservanza delle istruzioni impartite dai sanitari circa l'arredo

(il letto); *b*) il fatto che non fosse stata abbassata la sponda del letto; *c*) l'assenza di controllo protrattasi per due ore di fila.

Sin qui l'affare *Pisel v. Stamford Hospital*.

La discutibile applicazione delle misure di sicurezza sarà ancora all'origine, in un caso successivo, della condanna dello Stato per l'(auto)impiccagione di un degente.

La vicenda era quella di un malato — afflitto da demenza precoce, catatonia, e psicosi depressiva — che aveva tentato in precedenza il suicidio, e si era visto perciò assicurare al letto con un lenzuolo di forza (*restraining sheet*). Lasciato solo per più di tre ore, era riuscito infine a liberarsi e aveva adoperato il telo a mo' di cappio.

A fronte di tale sequenza verrà riscontrata, nella condotta dei sanitari, una violazione dei regolamenti della clinica; regolamenti che autorizzavano il ricorso ai mezzi di contenzione per un massimo di due ore, con un controllo costante degli infermieri, e comunque a intervalli non superiori ai 60 minuti. Emergerà, inoltre, come l'intera ala dell'edificio fosse rimasta affidata alla sorveglianza di un'unica persona, malgrado nel padiglione figurassero accolti trentuno fra i pazienti più disturbati.

Più che opportuno il responso finale della corte, cui le citate leggerezze appariranno sufficienti per una dichiarazione di responsabilità.

28.7.7. Conflitto fra esigenze di sicurezza e necessità terapeutiche.

S'è detto come una fra le difficoltà maggiori — in tema di colpa psichiatrica — concerna la ricerca di un bilanciamento fra: *a*) istanze di immediata sicurezza/protezione del paziente (che spingerebbero per il ricorso a strumenti di massimo contenimento); *b*) prospettive terapeutiche di recupero esistenziale/relazionale (che implicano invece la concessione di margini adeguati di libertà).

Sui limiti entro cui è possibile armonizzare queste esigenze, un esempio viene dalla sentenza *Hirsch v. State*.

Protagonista della storia era qui un uomo (Hirsch) il quale si era visto ricoverare in ospedale dopo due tentativi di suicidio —

precedenti che avevano convinto i medici ad alloggiarlo nel reparto di massima sicurezza. Le precauzioni assunte (porte dotate di chiusura, medicinali conservati lontano dal padiglione, ispezioni accurate prima del sonno) si riveleranno però inutili; inspiegabilmente l'infermo riesce a procurarsi una cospicua dose di Seconal, un sedativo. Sarà trovato morto nel proprio letto il mattino dopo.

Nella successiva causa per danni l'ospedale verrà scagionato.

Motivi dell'assoluzione? Non tanto — va sottolineato — per particolari simpatie dei giudici verso i trattamenti *open door*; semplicemente, erano oscure le modalità attraverso cui l'utente era giunto a impossessarsi del farmaco. Ed è significativo il messaggio che i giudici ritengono di dover inviare, circa i risvolti antiterapeutici dell'eccessiva contenzione:

Lo Stato non poteva mettere un dipendente, durante l'arco delle 24 ore, a disposizione di questo uomo sfortunato. La corte non ritiene che la mancanza di sveglie e ispezioni notturne a carico dell'uomo costituisca una prova di colpa. Se gli istituti per i malati di mente dovessero prendere tutte le precauzioni del caso, e dovessero essere ritenuti responsabili per simili sottili errori di giudizio, i pazienti verrebbero tenuti in camicie di forza o in qualche altra forma di costrizione che impedirebbe, con tutta probabilità, la guarigione del paziente stesso. Un paziente ingegnoso, che nutra il costante desiderio di togliersi la vita, non può essere sempre impedito dal compiere un simile gesto.

Insomma, l'eventualità di comportamenti suicidi quale « prezzo » (che occorrerebbe ritenere) socialmente accettabile — di fronte all'esigenza di un intervento volto, senza riserve, alla cura del paziente.

28.7.8. Il carcere.

In tema di (ir)responsabilità del medico per il suicidio di un recluso, va segnalata — tornando in Italia — la vicenda di un individuo il quale si era dato la morte, per impiccagione, presso la casa di pena di Spoleto.

Si trattava di un detenuto con un passato fitto di gesti autolesionistici e che più volte aveva trovato ricovero presso centri psichiatrici, in Italia come all'estero. L'uomo era stato

alfine ricoverato presso l'ospedale giudiziario (OPG) di Montelupo Fiorentino — luogo dal quale sarà dimesso, quasi subito, grazie a una diagnosi che escludeva l'esistenza di turbe mentali.

A fronte di ripetuti tentativi di suicidio (attuati anche in prigione, dove era stato rinchiuso) la direzione carceraria decide di assegnargli due detenuti con funzione di sorveglianti. È una misura che non sortisce però effetto: l'uomo accusa i compagni di cella di averlo picchiato e minacciato, e costoro vengono sollevati dall'incarico. Qualche giorno dopo l'infelice porta a compimento i suoi propositi suicidi.

Di qui un processo contro i due « sorveglianti », e soprattutto contro il direttore dell'OPG, accusato di scarsa perizia nella formulazione della diagnosi. In particolare, il rimprovero sarà quello di aver (costoro) giudicato erroneamente il detenuto come un soggetto sano di mente, tralasciando di sottoporlo a cure psichiatriche.

Dalle trascorse perizie, effettuate in luoghi diversi, emergerà univocamente come l'uomo — pur possedendo « una personalità ai limiti della norma » — non fosse da considerare un vero psicolabile. Si trattava piuttosto di un essere dal temperamento bizzarro, un simulatore, afflitto da stato depressivo contingente; e tuttavia, sotto il profilo medico-legale, persona sicuramente capace di intendere e di volere.

Ineccepibili pertanto — secondo i giudici — le (non eccessive) cautele che erano state predisposte entro il carcere di Spoleto.

28.7.9. Due casi inglesi.

Due recenti decisioni inglesi completano il quadro degli obblighi verso i malati psichici — ospiti di un penitenziario.

Nella prima di esse verrà esclusa la responsabilità del Ministero degli interni (competente per la gestione del sistema carcerario) in relazione al suicidio di un detenuto mentalmente infermo, del quale erano noti i precedenti tentativi di farla finita con la vita.

In breve i fatti. Qualche giorno prima di commettere il reato per il quale sarà arrestato (violenza ai danni dell'avventore di un

pub), il futuro suicida si era lanciato attraverso una finestra chiusa, situata al primo piano della casa dei suoi genitori: gesto che egli spiegherà asserendo di aver obbedito a delle « voci » che gli ordinavano di farlo. Neppure la successiva permanenza in carcere può dirsi tranquilla; nel giro di tre mesi, oltre ad aggredire un prigioniero e un secondino, l'uomo compie vari atti autolesionistici, cercando di ferirsi il viso con una forchetta di plastica e di sfregiarsi con una lametta da barba. Viene sorpreso poi a legare alcune lenzuola alle sbarre della cella. L'esito della visita psichiatrica (disposta dopo l'aggressione alla guardia) parla di schizofrenia; di qui la reclusione in una cella singola, dove i controlli si susseguono con intervalli di 15 minuti. Nulla da fare: il giovane riesce ugualmente a darsi la morte, usando come cappio una camicia legata a un asciugamano.

La corte (con una sentenza alquanto comprensiva nei confronti dell'amministrazione carceraria) respinge le istanze risarcitorie che erano state avanzate dalla moglie e dalla madre del suicida.

Motivi del rifiuto? Lo standard di vigilanza entro l'ospedale del carcere non può attingere — rimarcano i giudici — i livelli di un centro psichiatrico esterno alla prigione. Manicomio e infermeria carceraria adempiono, ciascuno, a funzioni diverse; e l'onere di attenzioni andrà anch'esso ritagliato sugli scopi che ognuna delle due strutture persegue.

Nessun rimprovero, quindi, per la mancata predisposizione di un rapporto pazienti/operatori pari a quello di un luogo di cura. Lo stesso particolare dei controlli ogni quarto d'ora verrà valutato — dalla corte — come una scelta che sarebbe stata praticata da uno staff medico di ordinaria esperienza, nelle medesime condizioni.

Conclusioni opposte (sempre in Inghilterra) nel caso *Kirkham v. Chief Constable of the Greater Manchester Police*.

Siamo per qui di fronte a un suicidio, consumato dietro le sbarre da uno squilibrato. Con una variante. Citate in giudizio (dalla moglie del defunto) saranno le autorità di polizia — sul filo di un'accusa ben precisa: come mai non erano state trasmesse al carcere, da queste ultime, le informazioni relative alle tendenze autodistruttive dell'arrestato?

Fondamentale per il verdetto, favorevole alla consorte, sarà questa volta la constatazione che: *a*) i regolamenti dell'amministrazione carceraria contemplavano, in modo espresso, l'obbligo di segnalazione di ogni detenuto a rischio; *b*) esisteva davvero presso le stazioni di polizia un apposito formulario. Il comportamento contestato integrava insomma gli estremi della violazione dell'obbligo di diligenza, concretantesi nel dovere di impedire atti autolesivi; di qui la (ben giustificata) condanna dell'ente.

28.7.10. Le corti tedesche e gli obblighi di sorveglianza.

Particolare attenzione per le sfumature del caso viene profusa abitualmente dai giudici tedeschi; così, ad esempio, in una recente pronuncia del Bundesgerichtshof.

Brevemente i fatti. Una malata — con più di un tentativo di suicidio alla spalle — si vede alloggiata, dopo l'ennesimo episodio autolesionistico (ingerimento di un detersivo), nella stanza di massima sicurezza. Qui essa rimane costantemente sorvegliata dall'esterno e deve, se vuole lasciare la camera, chiedere l'aiuto di un infermiere (essendo la porta priva di maniglie interne).

Dettaglio importante: nella stanza vige un divieto assoluto di fumare; per accendersi una sigaretta l'inferma non ha altra via che quella di uscire dal locale e domandare a qualche degente del fuoco.

Due giorni dopo l'ultimo gesto suicidario la donna abbandona all'improvviso la propria camera, e si reca alla toilette; l'addetto alla vigilanza non effettua alcun controllo personale. Giunta nei bagni la ricoverata, che era riuscita in precedenza a procurarsi un accendino, appiccherà fuoco alla propria sottoveste, composta di materiale sintetico, e riporterà gravi ustioni. Di qui una domanda di risarcimento (da lei stessa intentata) per più di 100 mila marchi.

Ebbene, per la Corte d'appello il nocciolo della controversia sarà che l'utente avrebbe dovuto venir perquisita accuratamente, prima dell'uscita dalla stanza. La prova della mancata adozione di tali misure determinerà, automaticamente, la condanna della clinica.

Si tratta di una decisione (intrinsecamente) persuasiva, e destinata tuttavia a non superare il vaglio della Corte suprema.

Vari i motivi del rovesciamento:

a) inammissibilità anzitutto — secondo la corte — di un apprezzamento della condotta dell'ente effettuata *ex post*: ciò che importa sapere è quali precauzioni la situazione avrebbe dovuto suggerire *ex ante*;

b) secondariamente — proseguono i giudici — non si può in casi simili trascurare il « rapporto fiduciario » corrente tra paziente, medico e personale ausiliario: fiducia che implica, per sua natura, disponibilità dello staff a garantire all'assistito margini più o meno persistenti di libertà;

c) infine, si sottolineerà come un giudizio sulla adeguatezza delle cure prestate sia questione non definibile (nella maggioranza dei casi) senza l'ausilio di un perito — specializzato in psichiatria o in discipline affini.

28.7.11. Rapporti sessuali fra pazienti.

Scopo della sorveglianza (dovuta dalla casa di cura) non è solo evitare che l'infermo si faccia del male. Questioni non meno insidiose possono sorgere quando il difetto di attenzione favorisca incontri « intimi » fra gli assistiti.

Così in Francia: in tempi non recenti, le corti si sono occupate di due vicende nelle quali alcuni pazienti lamentavano le conseguenze dei rapporti sessuali intercorsi con altri pazienti — rapporti facilitati, secondo le vittime, dalla scarsità dei controlli.

Nel primo caso, il direttore della clinica verrà riconosciuto responsabile per la gravidanza di un'ospite — gravidanza dovuta alle frequentazioni con un altro ricoverato. Val la pena di notare che i giudici fonderanno la propria convinzione (circa l'inadempimento nei doveri di custodia) sul dato stesso della gravidanza: « le seul fait d'une conception dans ces conditions établit une manque de surveillance ».

Opposte le conclusioni cui giungerà un altro tribunale d'oltralpe. A promuovere la causa era stato, questa volta, il marito

di una donna, la quale aveva contratto una malattia venerea dopo lo scambio sessuale con un assistito. Il verdetto favorevole al luogo di cura (una sorta di stabilimento termale) sarà frutto della considerazione di alcune circostanze: soprattutto del fatto che nessuno dei protagonisti figurava alloggiato nei locali dell'istituto. Mancando ogni possibilità di controllo, il « difetto di sorveglianza » non poteva tecnicamente sussistere.

Resta da segnalare una decisione resa in Germania nello stesso torno di tempo, che dimostra notevoli affinità con le sentenze francesi.

La storia era quella di un paziente (ricoverato per malattia mentale in una clinica a pagamento) che da un certo momento in poi aveva coltivato legami sentimentali con un'infermiera dell'istituto. Per effetto della conseguente gravidanza, e della nascita successiva di un bambino, l'uomo finirà per trovarsi caricato degli oneri di mantenimento verso il figlio — donde la richiesta di danni nei confronti della clinica.

Esito processuale? Nei primi due gradi la domanda viene accolta; il ricorso alla corte (della parte soccombente) segnerà invece un punto a favore di quest'ultima. Se i giudici di merito levano il dito contro l'ospedale — basandosi sul fatto che l'infermiera era un'ausiliaria, del cui operato la clinica non poteva non rispondere — la Corte suprema censurerà in parte quel verdetto, per aver escluso la possibilità di un « concorso di colpa » dell'infermo danneggiato.

Sezione VIII
TRATTAMENTI IN ISTITUZIONI APERTE

28.8. Introduzione.

Si sa come gli approcci più recenti al problema delle malattie mentali, e in particolare le scelte favorevoli ai trattamenti aperti (*open door*), trovino base nel superamento dell'idea della pericolosità sociale: il disabile psichico è considerato ormai alla stregua di qualsiasi altro paziente, bisognoso non tanto di custodia, quanto di cure e assistenza.

Tutto ciò influisce significativamente sulla tipologia delle liti che sorgono fra utenti dei servizi ed enti preposti a questi ultimi.

28.8.1. I danni subiti dal malato di mente.

Non è raro (come già sottolineavamo) che la scelta di una sorveglianza non continuativa sia dovuta a errori diagnostici: errori corrispondenti, quasi sempre, a sottovalutazioni circa la gravità delle condizioni del degente.

Così nella controversia esaminata una ventina d'anni fa dal Tribunale di Velletri.

È il novembre 1973 quando una donna si lancia da una finestra della clinica dove è ospite. Risultato della caduta è il prodursi di gravi lesioni. Tutto ciò non sarebbe accaduto — sosterrà la vittima, nel giudizio contro l'amministrazione — qualora la casa di cura non avesse violato i doveri di custodia che le incombevano.

Stando all'accusa, la mattina stessa dell'accaduto l'inferma aveva appreso che il marito era intenzionato a non accoglierla più in casa. La notizia aveva fatto sprofondare l'assistita in uno stato di sconforto — condizione alla quale essa aveva cercato di reagire

chiedendo (invano) un colloquio con un medico. Ed era stato questo ulteriore rifiuto a farle cercare la morte.

Dal canto loro i gestori dell'istituto obietteranno che, in esso, si ricorreva da tempo ai trattamenti « aperti » — con forme di vigilanza discontinue e poco appariscenti. Inoltre (è sempre la difesa che parla) al momento del fatto la malata era in via di guarigione, e aveva espresso il desiderio di tornare a casa. L'incidente andava quindi attribuito a un concatenarsi di eventi imprevedibili, innescati dalla triste notizia telefonica.

La corte finirà per condannare la clinica al risarcimento. Determinante sarà la perizia svolta dal consulente tecnico: non da un semplice « esaurimento nervoso » risultava affetta la donna, bensì da una « sindrome schizofrenica ». Ed era stata tale svista a far sottostimare — ecco la conclusione — la necessità del ricorso a misure idonee a proteggere l'infelice dal rischio di nuocere a sé, o ad altri.

28.8.2. Reparti non specializzati.

Il dovere di custodia verso i pazienti non è prerogativa delle unità psichiatriche: obblighi analoghi sono destinati a sorgere in tutte le situazioni che giustifichino, di fatto, tale riconoscimento.

Così di recente il Tribunale di Milano.

A seguito di un incidente stradale un giovane viene accolto in ospedale, per la rottura di un femore; ben presto la frattura appare tale da consigliare un'ulteriore degenza e una nuova ingessatura. Nel frattempo l'infermo comincia a manifestare disturbi di comportamento; e — nonostante il parere contrario dei sanitari, i quali ritengono necessario un esame neurologico — il ragazzo viene dimesso dall'ospedale, sotto la responsabilità del padre.

Ricoverato nuovamente per la rimozione dell'ingessatura, l'utente — durante una notte, forse nel tentativo di fuggire — precipita da una finestra del quinto piano, riportando gravissime lesioni. Di qui una serie di ricoveri in svariati ospedali, e anche in un reparto psichiatrico.

La diagnosi di base parla di « oligofrenia grave », situazione che i medici considerano preesistente sia ai traumi dell'incidente

stradale, sia allo shock prodotto dalla caduta dalla finestra. E il sinistro patito si poneva quale evento meramente scatenante, dirà la perizia, rispetto a una condizione di malattia latente.

La corte finisce per ammettere (opportunamente) l'esistenza di un legame fra incidente stradale e defenestrazione — nel senso che il primo evento era stato *condicio sine qua non* del secondo. Lo stato dell'assistito al momento della caduta non era, sostanzialmente, che il frutto del comportamento di quanti avevano curato il giovane dopo l'incidente. Quello squilibrio avrebbe dovuto suggerire ben altre misure di sorveglianza!

Più recentemente, è toccato al Tribunale di Perugia valutare l'atteggiamento — poco scrupoloso — di un ospedale generico verso un disabile psichico. Quest'ultimo (ricoverato in seguito all'ingestione di detersivo: verosimilmente un tentativo di suicidio) manifesterà ulteriormente il proprio disagio lasciandosi « bruciare un bicchiere di plastica nel palmo della mano destra ».

I rimproveri mossi all'istituto saranno allora — giustificatamente — più d'uno: *a*) aver lasciato a disposizione dei pazienti, in spregio ai divieti sul fumo, fiammiferi e accendini; *b*) aver omesso di rilevare l'incidente sino al mattino seguente; *c*) aver trascurato qualsiasi terapia nei riguardi del disturbo mentale. Il danno verrà quantificato in 15 milioni di lire (due terzi per il danno « biologico »; un terzo per quello « morale »).

28.8.3. Casistica ulteriore.

Impeccabile anche la condanna emessa, in relazione a un altro caso di negligenza, dal Tribunale di Larino.

La vicenda interessava un ricoverato, sofferente di cirrosi epatica, il quale si era allontanato dall'ospedale e aveva raggiunto i binari della linea ferroviaria poco distante, finendo per restare travolto da un convoglio.

L'istruttoria penale si chiude con un provvedimento di archiviazione: da un lato era incerto, secondo il giudice, quali fossero le vere cause (suicidio piuttosto che disgrazia) della morte; dall'altro lato mancava la prova che il soggetto, pur in stato di confusione mentale, fosse un vero malato psichico.

Ecco la vedova citare allora l'amministrazione ospedaliera. E l'istanza s'incenerà sul fatto che (nonostante il primario, preoccupato dallo stato del disabile, avesse ordinato il trasferimento in una corsia più controllata) il personale aveva disatteso ogni cautela. Tanto che l'uomo aveva potuto riprendere i propri abiti, e allontanarsi indisturbato dal nosocomio.

Accogliendo la domanda della vedova, il tribunale condanna — opportunamente, come s'è detto — l'ospedale al risarcimento; e ciò alla luce di un duplice rilievo:

a) in presenza del rapporto di cura, l'ente è tenuto a garantire la sicurezza dei degenti, prestando « non solo sotto il profilo curativo, ma anche sotto quello più lato dell'assistenza, mezzi diligenti e idonei per evitare qualsiasi lesione all'incolumità »;

b) nel caso specifico, il comportamento omissivo degli infermieri aveva effettivamente determinato una situazione di pericolo senza la quale il prodursi dell'evento sarebbe stato impossibile.

28.8.4. Il dovere di sorveglianza dopo la riforma psichiatrica.

Opposto — e, bisogna dire, poco convincente — l'esito cui giungerà in un caso del 1989 il Tribunale di Brindisi.

L'accusa, di omicidio colposo, risulta mossa questa volta agli operatori di un piccolo reparto psichiatrico: e concerne in particolare una serie di suicidi avvenuti in quei locali, nel giro di un paio d'anni — tutti con le medesime modalità (defenestrazione).

La decisione assolutoria appare imperniata sull'interpretazione di alcuni articoli della riforma psichiatrica (l. 180/78): soprattutto sul rilievo delle conseguenze — prodotte dalla nuova normativa — quanto agli oneri incombenti verso gli infermi mentali.

Viene esclusa così l'esistenza di doveri di sorveglianza a carattere prettamente custodialistico. L'operatore psichiatrico — si sottolinea — non è più dopo il 1978 un guardiano in senso tecnico, quanto piuttosto « persona a disposizione dei ricoverati,

che interviene con garbo e professionalità specialmente nei momenti di bisogno ». E le esigenze di terapia, unitamente agli obiettivi di recupero del malato, sono comunque tali, si prosegue, da implicare l'accettazione di un certo grado di rischio.

Di qui — un po' sbrigativamente — la conclusione favorevole agli imputati. Nessun peso verrà attribuito agli elementi messi in luce dall'accusa, fra i quali: 1) mancanza di congegni di sicurezza alle finestre (l'installazione avverrà soltanto dopo il quarto suicidio); 2) ritardi ingiustificati nel trasferimento del reparto nella nuova, e più sicura, sede; 3) poco scusabile ignoranza circa i precedenti tentativi di suicidio delle persone affidate al reparto; 4) organizzazione alquanto disinvolta del servizio — che prevedeva per gli infermieri turni continuativi di ventiquattro ore.

28.8.5. Orientamenti della Germania Federale.

Secondo la prassi tedesca, l'assegnazione di malati di mente a reparti « aperti » non esime il personale dall'adottare — sugli assistiti — congrue forme di vigilanza.

Alla luce di questa regola, i giudici della Corte suprema hanno sanzionato (per difettosa custodia) l'ospedale presso cui era ricoverata una donna sofferente di depressione, e con precedenti tentativi di suicidio. Ospite del reparto neurologico, la paziente aveva potuto allontanarsi indisturbata dal nosocomio, e si era poi gettata sotto un treno, finendo per subire l'amputazione di una gamba. Del tutto giustificato, bisogna dire, il verdetto di condanna dell'ente.

In un altro caso troviamo propugnata l'applicabilità, agli ospedali generali, dei criteri di valutazione che vigono per le cliniche psichiatriche: qualora accolgano malati di mente, anche i primi istituti saranno tenuti ad apprestare idonei livelli di custodia.

L'affermazione giunge ancora dalla Corte suprema tedesca. Dopo qualche tempo di permanenza in casa, un disabile psichico — ricoverato in passato presso un manicomio — vede aggravarsi le proprie condizioni di salute. A seguito di una violenta esacerbazione della malattia, durante la quale l'uomo

aveva tentato di uccidere il figlio accorso in aiuto, la moglie si rivolge al medico di famiglia. Il sanitario informa immediatamente la polizia, e questa suggerirà al terapeuta di dar luogo al ricovero ospedaliero.

La diagnosi formulata dal primario, nel giorno successivo all'internamento, è di schizofrenia: il che indurrà l'amministrazione a disporre il trasferimento presso una clinica psichiatrica. Il mattino dopo l'infelice verrà però trovato morto, impiccato alla finestra con la fodera della giacca.

La vedova cita allora in giudizio l'ente ospedaliero; il rimprovero è di non aver sorvegliato adeguatamente il marito: pur ricoverato presso un reparto non specializzato nelle malattie mentali, l'infermo — ecco l'accusa — avrebbe dovuto beneficiare di particolari misure di sicurezza.

Assai opportuno il verdetto finale (della Corte suprema): la direzione del luogo di cura verrà condannata al risarcimento, in relazione ai danni derivanti, alla donna, dall'essere venuta meno la persona che provvedeva al sostentamento familiare.

28.8.6. L'approccio statunitense.

Negli Stati Uniti le corti riconoscono da tempo la validità delle *open door policies*. Pur non mancando sentenze di condanna — in frangenti che vedevano coinvolti disabili psichici — non capita pressoché mai di incontrare affermazioni che contestino la liceità delle scelte volte a concedere, ai sofferenti, margini di libertà.

Ben diversi — e tutti di estrema concretezza — gli elementi che i giudici effettivamente censurano: l'assenza di responsi diagnostici, tali da legittimare l'intervento; l'inadempienza, da parte del personale, agli ordini impartiti dai medici; la violazione di precise disposizioni di leggi, comunque di direttive interne all'amministrazione ospedaliera.

Detto altrimenti: le corti appaiono consapevoli che il trattamento dei disturbi mentali impone, allo staff, la ricerca di un delicato equilibrio fra profili di sicurezza del malato — e/o dei terzi — e obiettivi terapeutici di più ampio respiro.

Numerosi gli esempi al riguardo.

Tra questi possiamo ricordare la vicenda affrontata in *Centeno v. City of New York* (1976). Si trattava del suicidio di uno psicolabile, nei cui confronti i medici avevano ritenuto opportuna, a un certo punto, una gestione di tipo « aperto ». L'infermo era stato così dimesso dall'ospedale, e continuava a venir assistito anche dopo il ritorno alla sua abitazione (dove finirà in effetti per uccidersi). I giudici sottolineeranno, opportunamente, come le scelte effettuate dagli psichiatri mantenessero pur dopo la deospedalizzazione — le caratteristiche della « decisione medico/professionale ». Come tali, esse non potevano subire censure solo perché rivelatesi successivamente sfortunate.

Anche in *Lichtenstein v. Montefiore Hospital & Medical Center*, l'accusa avrà per oggetto l'insufficiente sorveglianza di un degente a rischio di suicidio. Protagonista della vicenda era un uomo accolto nel reparto aperto, dove la « liberalità » si concretava, fra l'altro, nella facoltà per i ricoverati di uscire senza restrizioni, privi di accompagnatori, durante le ore diurne, indossando abiti « civili ». Approfittando di queste opportunità l'ospite si era allontanato dal luogo di cura, finendo per gettarsi sotto una vettura della metropolitana.

Conclusione del processo? I giudici d'appello si orienteranno, fondatamente, per una cancellazione della condanna iniziale, e ordineranno un riesame della vicenda. Non è corretto, argomenta la corte, valutare la condotta sanitaria soltanto alla luce dei rischi per l'incolumità degli utenti. Occorre invece un'analisi scrupolosa della condizione di ciascuno (dei margini entro cui la stessa avrebbe dovuto essere nota ai medici). Ed è necessario far entrare nel conto, soprattutto, il calcolo dei benefici provenienti dalla « responsabilizzazione » dell'assistito.

28.8.7. La giurisprudenza francese.

Quanto all'esperienza d'oltralpe, possiamo ricordare che nel 1963 (sentenza *Delecluse*) una clinica si era vista scagionare per il suicidio dell'utente di un reparto aperto. Affetto da depressione, l'infermo aveva a un certo punto raggiunto un angolo appartato nel giardino del centro, dove si era tolto la vita.

Orbene — affermerà la corte — il principio in casi simili è che, mancando l'evidenza di errori diagnostici, non è possibile dedurre dal suicidio (conclusioni di sorta circa l'esistenza di) una colpa dell'ospedale: occorrerà in più la dimostrazione che una migliore organizzazione avrebbe, verosimilmente, evitato il gesto.

Opposta la soluzione in un'altra vicenda — nella quale il malato (allontanatosi dalla struttura ospedaliera) figurava non già come vittima, bensì quale autore di un danno. Nel caso di specie, era avvenuto che il degente migliorasse tanto da indurre i sanitari a concedergli lo *status* di « paziente libero », con la possibilità di trovare impiego quale bracciante presso un agricoltore. Dopo due mesi l'uomo era fuggito dal posto di lavoro, ritornandovi la notte successiva, per mettere a fuoco la casa dell'agricoltore.

È interessante notare come, nel condannare l'ospedale, il Conseil d'État metta in gioco (opportunamente) un criterio di responsabilità svincolato dalla colpa. Motivi della scelta? Alcune considerazioni ben precise. Nei confronti dei terzi i nuovi metodi terapeutici hanno introdotto, diranno i giudici, un tipo di rischio — *risque spécial* — precedentemente inesistente; e si tratta di un peso di cui non può non farsi carico (al posto del singolo cittadino, occasionale vittima) la collettività nel suo insieme.

Molti gli esempi successivi, conformi alla linea esaminata.

Così nella vicenda di una donna imbattutasi, durante un viaggio verso i Pirenei, in un gruppo di psicolabili, i quali erano scortati da alcuni infermieri. Questi ultimi non erano riusciti a impedire che uno dei pazienti urtasse Mme Claridge (così si chiamava la danneggiata) facendola cadere a terra: tanto da costringerla a ricorrere a cure mediche. Anche qui il risarcimento verrà senz'altro accordato, sulla base della responsabilità oggettiva dell'ente preposto ai disabili.

La tesi del *risque spécial* ha trovato ulteriormente applicazione riguardo a un disturbato psichico, impiegato in un'azienda agricola — nell'ambito di una terapia di riadattamento nota come *placement familial surveillé*. L'uomo aveva, a un certo punto, dato fuoco a una costruzione del complesso agricolo in cui si trovava inserito.

Il ragionamento svolto dal consiglio di Stato, la considera-

zione, cioè, che alle insidie proprie delle terapie « liberatorie » si contrappongono riflessi positivi per l'intera società; la quale non può non farsi carico dei danneggiati — troverà nuovamente modo di esplicarsi. Nessuno spazio viene concesso all'obiezione circa pretese colpe dei gestori della fattoria. Sottolineerà la corte come principio generale sia che la « sorveglianza », nei limiti in cui la nozione può applicarsi a simili situazioni, continua a rimanere compito dell'ospedale.

Simile per alcuni tratti, un caso sottoposto alla Corte suprema tedesca. Il processo era stato intentato dal proprietario di un'abitazione, che si trovava nelle vicinanze di una clinica statale riservata a giovani psicolabili. L'uomo lamentava danneggiamenti vari alla sua proprietà, a opera dei ricoverati; la circostanza che i pazienti fossero minori d'età (da sorvegliare perciò con tanta maggior attenzione) permetterà di accordare senza difficoltà il risarcimento alla vittima.

Interessante — ricorderemo infine — la sentenza resa dalla Cassazione francese nel gennaio del 1993.

Un malato di mente minorenni — affidato per il reinserimento sociale a una famiglia — abusa a un certo punto della figlia (anch'essa minorenni) degli affidatari. In primo grado i genitori della ragazza ottengono il risarcimento. Il rimprovero mosso all'ente che gestiva l'affidamento aveva per oggetto il permesso, accordato al giovane, di compiere da solo il tragitto sino alla casa di accogliimento; e sarà proprio questo l'elemento che spingerà la corte a una diversa conclusione. I giudici troveranno non sufficientemente motivata la condanna sotto il versante della colpa: in difetto di prove circa la pericolosità del ragazzo, non poteva essere approvato un verdetto che, come quello cassato, non risultasse ulteriormente esplicito sul punto della negligenza.

Sezione IX
NEGLIGENZE ORGANIZZATIVE E
RESPONSABILITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE

28.9. Recenti decisioni italiane.

La riforma psichiatrica del 1978 ha prodotto notevoli ripercussioni quanto alla definizione dei doveri — di cura e sorveglianza — che vigono nei confronti dei malati. E si tratta di momenti destinati ad assumere risalto non solo quando vittima sia il paziente (infortunatosi a causa dei propri atti, o in seguito al comportamento degli operatori), bensì anche là ove il danno colpisca un estraneo.

Quanto alla prima ipotesi — responsabilità verso l'infermo o i suoi eredi — si segnala una pronuncia del Tribunale di Trieste.

Imputate nella fattispecie (per omicidio colposo) erano due infermiere in servizio presso un Centro di igiene mentale (CIM) del capoluogo giuliano. L'accusa era di non aver impedito che un'ospite, affetta dal morbo di Alzheimer, uscisse inopinatamente (durante una festa di carnevale organizzata dal centro, nei propri locali di Barcola) in una gelida notte di fine inverno. La donna verrà trovata morta per assideramento, sul prato antistante la sua antica casa di famiglia, qualche giorno più tardi.

Vi è da dire che non mancavano, a favore dell'accusa, seri indizi di colpevolezza: *a*) passati tentativi di fuga della vittima (due nel giro del mese precedente); *b*) scarsa attitudine delle risorse del CIM, tutte a maglie larghe, nel fronteggiare simili patologie (realtà confermata dal direttore del centro); *c*) sorveglianza intermittente esercitata entro il servizio (circostanza ammessa dalle stesse imputate).

La difesa sottolineerà, per parte sua, come l'utente non fosse soggetta ad alcuna restrizione, essendo il ricovero avvenuto su

base volontaria. E i giudici faranno leva proprio su questi argomenti onde giungere a una condanna. Se era pacifica la scarsa consistenza dell'organico, restava il fatto — essi diranno — che l'assistita si era vista ufficialmente accogliere in quella struttura. Nessun valore di scusante poteva avere, quindi, il fatto che a tale accoglimento la donna avesse accondisceso in piena libertà (la sentenza triestina verrà comunque riformata in sede di appello, e le imputate si vedranno assolvere con formula piena).

Diverso — in un episodio di qualche anno prima — l'orientamento della Corte d'appello di Cagliari.

La vicenda è presto raccontata. Uno psicolabile, ricoverato con una diagnosi di sindrome neurodepressiva, si getta dalla finestra dell'ospedale; il volo dal secondo piano sarà purtroppo fatale: di lì a pochi giorni il malato decede.

In primo grado i giudici cagliaritari condannano il medico-capo del reparto per omicidio colposo. Molteplici gli indici di colpevolezza. Anni addietro il degente aveva già tentato di togliersi la vita; qualora rettamente interpretata, una circostanza del genere « avrebbe dovuto sconsigliare il ricovero nel reparto neurologico della clinica [...] perché non idonea ad accogliere malati di mente ».

Opposte le conclusioni della Corte d'appello. Quest'ultima porrà l'accento su una serie di elementi, tra cui soprattutto la lontananza nel tempo del precedente tentativo suicidario (quattro anni), l'efficienza organizzativa del reparto, la presenza di un altro internato nella stessa stanza. Infine l'accenno a motivi che appaiono ormai classici nelle sentenze in materia psichiatrica: il richiamo cioè, da un lato, alla misteriosità della malattia mentale, i riferimenti, dall'altro lato, alla mancanza di ogni potere coercitivo in capo all'ente (mancanza fatta risalire « alle liberali leggi manicomiali »).

28.9.1. Danni provocati dal malato a terzi.

Fra i non molti casi che vedono messa in gioco la responsabilità della pubblica amministrazione — per la condotta di un disabile — spicca la vicenda esaminata dal Tribunale di Trieste alla fine del 1990.

I fatti. Un uomo di oltre cinquant'anni, Umberto Zadnich, si accanisce con decine di colpi di coltello sulla figlia poco più che trentenne; l'omicida è un malato di mente, sofferente di schizofrenia, che si era già macchiato in passato di gravissimi delitti. Aveva in particolare violentato la stessa figlia quando questa era appena adolescente, e il rapporto incestuoso era proseguito a lungo; aveva più tardi soppresso a martellate la propria convivente, dopodiché era rimasto chiuso per qualche anno in un manicomio giudiziario; durante l'internamento in questo luogo aveva semiucciso (a colpi di mattone) un compagno di cella.

Dimesso dopo quasi un decennio dal reclusorio e tornato a Trieste, l'uomo era rimasto affidato alle cure di un centro di igiene mentale del capoluogo giuliano. Per alcuni anni i sanitari l'avevano seguito, senza procedere nei suoi confronti ad alcun trattamento obbligatorio. Infine l'omicidio della figlia.

Per quest'ultimo fatto, ricordiamo, lo Zadnich verrà riconosciuto in sede penale totalmente infermo di mente — soluzione che lo porta nuovamente a varcare le porte del manicomio giudiziario. Ed è a quel punto che il marito della defunta, in rappresentanza del figlio minorenni, deciderà di agire nei confronti della USL: chiedendo il risarcimento per i danni che erano derivati, al bambino, alla morte della madre.

La richiesta è ben precisa al riguardo. Il folle aveva continuato — durante il periodo successivo alle dimissioni dall'OPG — a manifestare « segni evidenti di squilibrio mentale e pericolosità sociale »; tutti elementi che avrebbero dovuto indurre a prodigersi, nei suoi confronti, in maniera assai più decisa di quanto non si fosse fatto.

Dai rappresentanti dell'USL verrà obiettato che (per la fase in cui era stato seguito dal CIM, e in particolare nei mesi precedenti il delitto) l'omicida aveva tenuto un comportamento normale; eccezion fatta per alcune « sporadiche, limitate e non allarmanti » occasioni, nelle quali gli operatori erano comunque prontamente intervenuti. Impossibile — secondo la difesa della USL — chiamare in causa perciò i principi di responsabilità del sorvegliante dell'incapace (art. 2047 c.c.); e ciò proprio per essere venuti meno, con la soppressione della legislazione custodiali-

stica, i poteri coercitivi idonei a fungere da presupposto per il « dovere di sorveglianza », previsto dal codice civile.

I giudici triestini?

Concordano circa l'esistenza di alcuni margini di contrasto fra — rispettivamente — questo e quel dato normativo (l. 180/78 e art. 2047 c.c.). Invitano tuttavia a cercare la via d'uscita in una lettura ridimensionatrice delle valenze deterrenti dell'art. 2047 c.c.

La norma in questione — ecco il punto enfatizzato nella sentenza — non impone un controllo assoluto ai sorveglianti; affida piuttosto a questi ultimi « la valutazione dell'intensità e dei modi con cui realizzare tale sorveglianza, in maniera da garantire un giusto equilibrio tra la libertà di movimento e di esplicazione della personalità dei soggetti sottoposti a controllo e la necessaria tutela dei terzi ».

Aggiunge la sentenza come i principi sopra illustrati, riconducibili ai doveri solidaristici di cui all'art. 2 Cost., fossero stati disattesi in un contesto (quale quello in esame) di forte e comprovata pericolosità dello Zadnich: contesto tale da escludere rosee prospettive di recupero del soggetto — oltre che alquanto allarmante per l'immediato.

Notevole importanza assumerà il fatto che ben scarse fossero state le informazioni fornite, dall'ente psichiatrico, a proposito delle misure concretamente adottate nei confronti del malato, durante il periodo di affidamento al CIM. Il risarcimento — secondo le richieste della vittima — ammonterà alla cifra complessiva di 200 milioni di lire, equamente distribuite fra danno patrimoniale e danno non patrimoniale. (Abbiamo ricordato questa sentenza per la sua originalità, ma occorre chiarire che in sede di appello la condanna sarà in larga misura emendata: i principi affermati in primo grado non hanno in effetti superato il secondo grado di giudizio).

28.9.2. Un infanticidio.

Sempre in tema di danni cagionati a terzi dal malato di mente, merita ricordare una sentenza del Tribunale di Reggio Emilia. Anche qui i giudici erano stati chiamati ad affrontare il problema

dell'ammissibilità di una responsabilità per omissione — *ex art.* 2047 c.c. — a carico delle strutture psichiatriche territoriali.

I fatti. Nel 1985 un giovane squilibrato (Luca Mozzi) si introduce nottetempo in un'abitazione di Guastalla; rapisce una bimba di tre anni, approfittando del sonno dei genitori della piccola, e poco dopo la uccide, gettandola nelle acque del fiume Po. Da poco maggiorenne, il giovane verrà riconosciuto totalmente infermo di mente (con una diagnosi di schizofrenia in forma grave) dal tribunale penale.

Nella causa civile, intentata dai genitori della piccola contro la USL, si provvederà a ricostruire dettagliatamente la storia dell'omicida. Costui era stato — assieme al fratello — tolto già da bambino ai genitori (dichiarati decaduti dalla potestà genitoriale), e affidato dapprima al consorzio socio-sanitario di Reggio Emilia, e in seguito al servizio materno e infantile della USL di Guastalla. Raggiunta la maggiore età, entrambi i fratelli — stanti le difficoltà di socializzazione — si erano visti collocare in un appartamento di proprietà del Comune, e avevano continuato a fruire dell'assistenza di un educatore e di un obiettore di coscienza.

Tutto ciò non basterà a far riconoscere, in giudizio, l'esistenza di obblighi di sorveglianza in capo al servizio.

A nulla varrà il richiamo a una sentenza della cassazione, ove era stato proclamato (riguardo alla situazione di un patrigno) che « il dovere di vigilanza e la relativa responsabilità possono derivare non solo da vincoli giuridici, ma anche dalla scelta liberamente compiuta da un soggetto che accoglie l'incapace nella sua sfera personale o familiare ». Nel caso di specie — concluderanno i giudici reggiani (in termini davvero poco attenti alle ragioni delle vittime) — la scelta della USL di proseguire l'assistenza anche dopo la maggiore età del giovane era insufficiente, di per sé, a legittimare l'opinione che la USL stessa avesse « assunto il compito di prevenire o impedire azioni che potessero recare danno a terzi », o a far concludere che essa avesse « creato nei terzi il legittimo affidamento che il giovane fosse persona adeguatamente controllata ».

28.9.3. L'abbandono di persone incapaci.

La contestazione del reato di « abbandono di incapace », in sede giudiziale, è un'eventualità poco frequente dopo l'entrata in vigore della l. 180/78, specialmente a carico dei responsabili delle strutture pubbliche.

Un caso del genere si rinviene nella vicenda che ha visto la condanna — *ex art. 591 c.p.* — del medico responsabile del CIM di Perugia.

Brevemente i fatti. La struttura perugina aveva da tempo in cura una donna (affetta da sindrome paranoidea) che apparteneva a un contesto familiare difficile: da un lato un marito etilista affetto da turbe del comportamento, dall'altro due figli con seri problemi psicopatologici. L'apprestamento di un programma terapeutico nei confronti dell'assistita, nonché dell'intera famiglia era stato fin dall'inizio compromesso in seguito alla violenta opposizione del marito: opposizione tale da indurre i sanitari a interrompere gli interventi, poiché « non richiesti dagli interessati ».

Vano in senso opposto l'interessamento (presso lo stesso CIM e le autorità superiori) della sorella dell'inferma, unica persona consapevole del delinearsi di una situazione di elevata conflittualità, all'interno della famiglia. Il palleggiamento delle competenze fra i vari organi della pubblica amministrazione continuerà a lungo: e la vicenda culminerà nell'uccisione del padre, per mano di uno dei figli.

Verdetto del tribunale? Una decisione che, nella sua severità, merita di venir condivisa. I giudici umbri proclamano la piena responsabilità del direttore del CIM, per non avere costui allestito — meglio, per aver interrotto — le misure assistenziali e terapeutiche richieste dal caso; senza che l'omissione potesse giustificarsi invocando l'atteggiamento di « radicale chiusura della famiglia », oppure i pericoli per l'incolumità fisica degli operatori.

Un ultimo cenno per il « caso Verdiglione ».

All'interno della complessa vicenda passata alle cronache sotto questo nome — e che riguardava principalmente i reati di

circonvenzione di incapaci, estorsione e truffa — si delinearà a un certo punto anche l'accusa di abbandono di incapace.

Così, in particolare, riguardo alle disavventure di una donna — ospite in via non continuativa nella clinica psicoanalitica della fondazione Verdiglione, e affetta da sindrome dissociativa — la quale era stata trovata a vagare una notte, in piena crisi delirante, per le strade di Milano. Emergerà poi come la paziente fosse stata a più riprese abbandonata, dallo (pseudo) psicanalista del movimento che l'aveva in cura, presso varie pensioni della città; e ciò a seguito del fallimento del tentativo di estorcerle del denaro, ordito dallo stesso Verdiglione.

Pur rilevando lo stato di prostrazione psicofisica della donna, i giudici (con un formalismo ispirato forse da un eccesso di indulgenza) non giungeranno a stabilire un nesso di causalità sufficiente fra la sollecitazione all'allontanamento dalla clinica e l'abbandono stesso.

Sezione X
CONCLUSIONI

28.10. Linee di « politica del diritto ».

Varie le indicazioni da tenere in conto, per un corretto apprezzamento dei dati che sono stati riferiti:

Importanza del denaro. L'inidoneità a restituire la vita o l'integrità fisica non rende meno preziosi i servizi che il denaro, comunque, è in grado di svolgere; non soltanto in vista di un miglior tenore di vita (consumi, vacanze, tempo libero, viaggi ecc.), ma anche rispetto ai momenti sanitari — tanto più a tener conto del costo che implicano terapie delicate quali sono, frequentemente, quelle psichiatriche.

Secolarità del risarcimento. Al di là di ogni pretesa misteriosità della follia, i compiti affidati alla responsabilità civile si annunciano (qui come altrove) di natura essenzialmente « tecnica »: nient'altro che una questione di ricchezze distrutte, e di modalità reintegratorie da attivare; niente più che lo spostamento di alcune ripercussioni da un patrimonio a un altro, dalla sfera economica della vittima a quella del danneggiante.

Meglio prevenire che risarcire. Mai trascurare (sul terreno funzionale) l'attenzione per i risvolti « deterrenti » della sanzione risarcitoria: per le capacità che una minaccia del genere ha, cioè, di premere anticipatamente su colui che si accinge al comportamento lesivo, inducendolo (nel suo stesso interesse: a che pro sborsare decine o centinaia di milioni di indennizzo?) ad agire prudentemente.

Danni e inefficienze amministrative. Altrettanto significative, dinanzi a un mondo sommerso come quello della psichiatria, le valenze sociologico/documentaristiche di ogni causa per danni. Quante volte non sono proprio gli « incidenti » a smascherare

(grazie al gioco dei successivi processi, e relativi echi sui giornali o in TV) disguidi e manchevolezze nell'organizzazione sanitaria del nostro paese?

Forma e sostanza. Nessun dubbio sulla necessità di accertare scrupolosamente (dinanzi ai vari episodi terapeutici) se il « consenso » dell'interessato sia stato espresso: purché non si cada nella tentazione di credere che sia questo il solo rivolo da esplorare, e che non importi invece stabilire se il terapeuta abbia agito diligentemente, se gli standard clinici sono stati osservati, se è stato fatto il possibile per evitare offese al paziente ecc.

Effetto boomerang. La salvaguardia risarcitoria dei « terzi » (vittime delle negligenze dell'infermo) non è essenziale solo a fini di giustizia. Altrettanto importanti sono i riverberi di tipo politico/strategico dell'indennizzo. Scaricare le inefficienze del sistema sulle vittime occasionali dell'altrui follia significherebbe, non di rado, compromettere la credibilità delle linee di *open door*, alimentando pericolose nostalgie per il vecchio manicomio, e creando la premessa per diffusi ostracismi verso i disabili.

28.10.1. Profili di metodo.

Circa i dettagli della responsabilità civile, spiccano in particolare alcuni punti:

L'infermo di mente come vittima. Non v'è dubbio che le questioni indennitarie presentino in ambito psichiatrico (rispetto al campo delle malattie corporee) una serie di peculiarità: maggior coinvolgimento di terzi-vittime, moltiplicarsi dei rischi suicidari, necessità di prevedere l'imprevedibile, frequenza delle ipotesi in cui l'operatore appartiene a un centro territoriale ecc.

Oneri del singolo e della collettività. Appare spesso conveniente (per le lesioni arrecate a un disabile) l'approdo a forme di responsabilità solidal-pubblicistica. Potrà trattarsi di una via d'uscita sostitutiva oppure aggiuntiva rispetto agli obblighi individuali. Qualunque lettura andrà comunque rifinita badando alla possibilità di attivare coperture assicurative, o di introdurre « fondi di garanzia » — così da fornire una protezione della vittima senza esborsi insopportabili per l'ente chiamato a pagare.

Importanza del « territorio ». Difficilmente il groviglio folliariscarcimento può venir sciolto, in giudizio, senza badare a considerazioni di natura sanitario/amministrativa: l'organico degli infermieri e degli assistenti sociali, l'ubicazione delle case-alloggio e delle comunità protette, la serietà delle scuole di formazione, gli orari dei dayhospital, il volume di spesa nei bilanci regionali ecc.

Famiglia. Per i danni prodotti al o dal parente disturbato, è verosimile che i membri del nucleo domestico, già tanto provati dalle difficoltà della convivenza, andranno incolpati solo eccezionalmente: ad esempio, nell'ipotesi di abbandono di un figlio handicappato entro qualche istituto « lager »; oppure (dopo un tentativo di suicidio, destinato a lasciare tracce profonde sul congiunto sopravvissuto) nell'eventualità di omessa segnalazione del fatto al centro di salute mentale.

Responsabilità personale. Comprensione non significa immunità, licenza di fare del male. L'infermo dovrà pagare di tasca propria per le lesioni causate ad altri, e non sarà integralmente risarcito qualora il danno di cui è vittima sia, in parte, colpa sua. Ciò può ammonirlo circa il costo di eventuali imprudenze; e impedisce che egli diventi una persona « troppo tutelata » dal diritto, e come tale imbarazzante per la collettività (attenzione, comunque, che direttive del genere rischiano di apparire spesso illusorie, visto che i « matti » sono persone con risorse abitualmente modeste).

28.10.2. Gli operatori psichiatrici.

Quanto alla responsabilità dei singoli operatori, merita sottolineare particolarmente:

No agli eccessi di severità. Meglio non calcare la mano sul sanitario che ha « sbagliato ». Atteggiamenti troppo rigoristi scoraggerebbero dal prendere in carico i pazienti meno tranquilli. Verrebbero preferiti gli interventi obbligatori rispetto a quelli volontari, i trattamenti intramurali prevarrebbero su quelli extra-istituzionali; si moltiplicherebbero le spinte a disporre misure

segregative, ad abbondare nelle dosi di psicofarmaci, a prolungare i tempi del trattamento farmacologico o di degenza.

Istanze sanzionatorie. Per i casi di particolare incuria una responsabilità « personale » del terapeuta va comunque mantenuta. Ogni medico o infermiere deve sapere che, comportandosi in maniera spregiudicata o frettolosa, potrà accadergli di venir citato in giudizio, di subire riverse dall'ente da cui dipende, di non poter beneficiare di ombrelli di carattere assicurativo.

Ricorso alla forza pubblica. Quando la pericolosità dell'utente oltrepassa certi livelli, il problema della responsabilità tende a perdere ogni legame con la malattia, finendo per rientrare fra i contesti che reclamano l'intervento della pubblica sicurezza. La competenza a intervenire spetterà allora alle forze di polizia, e non più allo psichiatra del servizio (al quale si dovrà solo domandare di non omettere la richiesta di un soccorso, per quel frangente, imprescindibile).

28.10.3. Obblighi della pubblica amministrazione.

Circa i profili della responsabilità pubblica, vanno evidenziati soprattutto:

Omissioni. Fonte di obblighi risarcitori, accanto agli errori del dipendente, saranno non di rado inefficienze di carattere burocratico/gestionario. È questo anzi un tratto peculiare del comparto psichiatrico: quanti non sono gli episodi lesivi che, più che alla scarsa destrezza degli operatori, si debbono ai ritardi con cui è stata allestita nel territorio la rete di infrastrutture alternative al manicomio?

Onere della prova. Per la dimostrazione giudiziale della « colpa psichiatrica » ogni purismo formalistico è sconsigliabile. Altrimenti la vittima (la quale nulla può sapere circa gli arcani organizzativi di entità come la ASSL, la Regione, lo Stato) fallirà sistematicamente nell'impresa di fornirla. Almeno per i casi di *routine*, meglio orientarsi verso una sufficienza della prova del fatto dannoso — spettando alla pubblica amministrazione « controprovare », eventualmente, la mancanza del rapporto di causalità o l'assenza di colpe.

Malati a rischio. Soluzioni inedite andranno immaginate per i casi in cui la condizione del malato appaia non del tutto tranquillizzante (giacché pericoli di crisi sussistono indiscutibilmente) e rispetto ai quali il medico si convinca, tuttavia, che l'insistenza su misure costringitive/farmacologiche — le stesse capaci magari di azzerare ogni rischio — avrebbe l'effetto di compromettere la salute del malato.

Responsabilità per garanzia. In situazioni del genere, l'ideale sarà far perno sull'idea di una responsabilità « per garanzia »: con un coinvolgimento dell'ente pubblico fondato cioè (non sull'idea di errori compiuti nella scelta del trattamento, bensì) sul fatto che è andata perduta nel frangente la « scommessa » terapeutica che, in partenza, era sembrato di dover accettare — in nome delle speranze riabilitative insite nella coppia « cura e libertà ».

NOTE

Introduzione.

I rapporti tra diritto e psichiatria sono andati infittendosi negli ultimi anni. Si vedano tra i contributi dell'ultimo decennio. Ponti 1993; Introna 1993; Cendon 1988, 1984.

Specificamente dedicati alla responsabilità del professionista e dell'ente psichiatrico: Ariatti e Fioritti 1991; Bregoli 1991, Greco e Catanesi 1990; Fiandaca 1988; Jeanson 1980.

Quanto alla responsabilità del malato: Rigot-Muller 1991; Zeno-Zencovich 1988.

La diagnosi.

Sull'errore diagnostico in psichiatria gli studi più ricchi di casistica sono quelli statunitensi. Si veda Sarno 1981. Per l'ambiente tedesco, Mengert 1981. Con riguardo alla Francia, Jeanson 1980.

I diritti inviolabili.

In materia di diritti inviolabili, e di possibilità di rifiuto delle cure, si possono consultare: Manna 1991; Flaherty 1990. Specificamente dedicato alle misure di contenzione, il contributo di Saks 1986.

Il dibattito sulle misure protettive a favore degli incapaci risulta quanto mai vivo. Si vedano in proposito: Venchiarutti 1995, Freeman 1994.

Riportiamo di seguito le principali disposizioni legislative citate nel testo.

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

Art. 608 c.p. « Il pubblico ufficiale, che sottopone a misure di rigore non consentite dalla legge una persona arrestata o detenuta di cui egli abbia la custodia, anche temporanea, o che sia stata a lui affidata in esecuzione di un provvedimento dell'Autorità competente, è punito con la reclusione fino a trenta mesi ».

L. 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale, art. 33. Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

« Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti

sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato ».

La somministrazione dei farmaci.

Gli aspetti prettamente giuridici delle terapie farmacologiche sono presi in espressa considerazione nel lavoro di Flaberty 1989.

Elettroshock.

Intorno alle terapie di shock si possono utilmente consultare Samo 1981; Zwerdling 1975. Quanto allo specifico punto del cosiddetto « privilegio terapeutico », una trattazione giuridica nelle pagine di Deutsch 1980. Di taglio meno tecnico e, per certi versi, più « politico » i lavori di Papuzzi 1977; AA.VV. 1971; per i fatti antecedenti al processo, relativamente alla situazione dei manicomi italiani, Canosa 1979.

Dovere circostanti la terapia.

Quanto al problema del cosiddetto *duty to warn*, si vedano: Vandekreek e Knapp 1993 e Stone 1976.

Piuttosto nutrita la serie dei contributi specificatamente dedicati al problema dei rapporti intimi paziente-terapeuta; il rimando va a: Borruso 1991; Coleman 1988; Stone 1983; Stone 1976. Propone di estendere i risultati raggiunti dalle corti nel settore psichiatrico a quello legale, Langford jr. 1995.

Contesti chiusi.

La bibliografia in materia di sorveglianza dei malati di mente è estremamente vasta. Sui profili generali, si consultino: Chabas 1980; Jeanson 1980.

Fra i molti contributi dedicati ai doveri delle case di cura nei confronti dei malati, quelli specificamente dedicati al suicidio del paziente sono: Gaudino 1995; Gropp 1994.

Trattamenti in istituzioni aperte.

Circa i trattamenti in istituzioni aperte, e la deistituzionalizzazione delle cure, il rimando va a Marin 1990; Bron 1990.

Negligenze organizzative e responsabilità dell'amministrazione.

Sui profili legati all'allestimento dei servizi da parte dell'ente psichiatrico, si vedano AA.VV. 1991a, AA.VV. 1991b, Castronovo 1988; Pace 1980. Specificamente centrato sul cosiddetto « caso Verdiglione », il contributo di Fiandaca 1987.

INDICE BIBLIOGRAFICO

AA.VV.

- 1971 *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, a cura dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione autonoma di Torino, Torino, Einaudi.
- 1991a *I problemi giuridici dell'assistenza psichiatrica dopo la legge 180*, atti del convegno di Bologna, aprile 1990, a cura di R. Ariatti, L. Lo Russo, V. Melega, Bologna, Patron.
- 1991b *Legislazione sanitaria e status del malato di mente*, atti dell'XI congresso internazionale di legge e psichiatria di Firenze, 18-20 marzo 1985, a cura della Regione Toscana — Giunta regionale e dell'International Academy of Law and Mental Health, Firenze.

Ariatti R., Fioritti A.

- 1991 *La responsabilità professionale dello psichiatra*, in AA.VV. 1991a, 134 ss.

Borruso M.T.

- 1991 *Sexual Abuse by Psychotherapist: The Call for a Uniform Criminal Statute*, in *Am. Jo. Law & Med.*, 289-310.

Bregoli A.

- 1991 *La responsabilità dell'operatore psichiatrico: profili civilistici*, in AA.VV. 1991a, 156 ss.

Bron B.

- 1990 *Schuld und Freiheit aus psychiatrischer und juristischer Sicht*, in *Medizin und Recht*, 240-243.

Canosa R.

- 1979 *Storia del manicomio Italia dall'unità a oggi*, Milano, Feltrinelli.

Castronovo C.

1988 *La legge 180, la Costituzione e il dopo*, in Cendon 1988, 189 ss.

Cendon P.

1984 *Il prezzo della follia. Lesione della salute mentale e responsabilità civile*, Bologna, Il Mulino.

1987 *Il diritto scopre la follia*, in *Dir. fam. pers.*, 819 ss.

1988 (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*, Napoli, ESI.

Chabas F.

1980 *Remarques sur la responsabilité des médecins psychiatres et des cliniques psychiatriques en droit privé*, in *Gaz. Pal.*, 2, doct. 486.

Coleman P.

1988 *Sex Between Psychiatrist and Former Patient: A Proposal for a « No Harm, No Foul » Rule*, in *Okla Law Rev.*.

Deutsch E.

1980 *Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten*, in *NJW*, 1305-1309.

Fiandaca G.

1987 *Caso Verdiglione: il « transfert » psicoanalitico come impostura?*, in *Foro it.*, II, 30-38.

1988 *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*, in *Foro it.*, II, 107-118.

Flaherty M.R.

1989 *Nonconsensual treatment of involuntary committed mentally ill persons with neuroleptic or antipsychotic drugs as violative of state constitutional guaranty*, in *ALR*, 4th, 74, 1079.

1990 *Right of state prison authorities to administer neuroleptic or antipsychotic drugs to prisoner without his or her consent-state cases*, in *ALR*, 4th, 75, 1124.

Freeman M.

1994 *Deciding for the Intellectual Impaired*, in *Med. Law Rev.*, 77-91.

Gaudino L.

1995 *Condotte autolesive e risarcimento del danno*, Milano, Giuffrè.

Greco O., Catanesi R.

1990 *La responsabilità professionale dello psichiatra*, Padova, Piccin.

Gropp W.

1994 *Zur rechtlichen Verantwortlichkeit des Klinikpersonals bei Suizidbehandlungen hospitalisierter Psychiatrischepatienten*, in *Medizin und Recht*, 127-134.

Introna F.

1993 *I diritti del malato di mente; ovvero il malato di mente nel diritto*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 29-79.

Jeanson F.

1980 *La responsabilité médicale en psychiatrie*, con la collaborazione di G. Fleucheux e P. Ghestin, Paris, Masson.

Langford W.D. jr.

1995 *Criminalizing Attorney-Client Sexual Relations: Toward Substantive Enforcement*, in *Texas Law Rev.*, 1223-1254.

Laufs A.

1993 *Arztrecht* (5^a ed.), München, C.H. Beck.

Manna A.

1991 *La responsabilità del produttore per la sperimentazione dei farmaci sui malati di mente*, in *Rivista Trimestrale di Diritto Penale dell'economia*, 647-669.

Marin Ph.

1990 *Activités extra-hospitalières en psychiatrie*, Paris, Berger-Levrault.

Mengert P.

- 1981 *Rechtsmedizinische Probleme in der Psychotherapie*, Frankfurt a.M., Lang.

Pace A.

- 1980 *Diritti degli handicappati e inadempienze della P.A.*, in *Giust. civ.*, 1, 1995.

Papuzzi A.

- 1977 *Portami su quello che canta*, Torino, Einaudi.

Ponti G.

- 1993 *Diritto e Follia*, Milano, R. Cortina.

Rigot-Müller H.

- 1991 *Droit et folie: une irresponsable responsabilité du dément in droit civil*, in *Arch. Phil. Dr.*, 36, 265-286.

Saks E.R.

- 1986 *The Use of Mechanical Restraints in Psychiatric Hospital*, in *Yale Law Journal*, 95, 1836.

Sarno G.G.

- 1981 *Civil Liability for Physical Measures Undertaken in Connection with Treatment of Mentally Disordered Patient*, in *ALR*, 4th, 8, 464.

Stone A.

- 1976 *The Tarasoff Decisions: Suing Psychotherapists To Safeguard Society*, in *Harv. Law Rev.*, 90, 358.
- 1983 *Commentary, Sexual Misconduct by Psychiatrists: The Ethical and Clinical Dilemma of Confidentiality*, in *Am. Journal of Psychotherapy*, 140, 195.

Vandekreek L., Knapp S.

1993 *Tarasoff and Beyond: Legal and Clinical Considerations in the Treatment of Life-Endangering — Patients*, revised edition, Sarasota (Fla.), Professional Resource Press.

Venchiarutti A.

1995 *La protezione civilistica dell'incapace*, Milano, Giuffrè.

Zeno-Zencovich V.

1988 *La colpa oggettiva del malato di mente: le esperienze nord-americana e francese*, in Cendon 1988, 847 ss.

Zwerdling Z.E.

1975 *Informed Consent and the Mental Patient: California Recognizes a Mental Patient's Right to Refuse Psychosurgery and Shock Treatment*, in *Santa Clara Law Rev.*, 15, 725.

