Psichiatria forense

nella pratica psichiatrica quotidiana

**Guida forense, riassuntiva ed operativa,
sulla base delle buone pratiche cliniche assistenziali
approvate dalla Società Italiana di Psichiatria**

Psichiatria forense

nella pratica psichiatrica quotidiana.

Guida forense, riassuntiva ed operativa, sulla base delle buone pratiche cliniche assistenziali approvate dalla Società Italiana di Psichiatria

INDICE

Introduzione	<u>Pag 1</u>
Suicidio del paziente, responsabilità dello psichiatra, la cartella clinica come documento di prova	Pag 3
Comportamento violento del paziente, responsabilità dello psichiatra, la cartella clinica come documento di prova	Pag 15
La perizia psichiatrica: dal concetto giuridico di pericolosità al concetto psichiatrico di terapia	Pag 27
La perizia psichiatrica penale sulla capacità di intendere e/o di volere : i contenuti clinici e forensi indispensabili, i criteri per la sua valutazione, i suoi obiettivi forensi e clinici	Pag 32
La perizia psichiatrica: gli errori che portano alla psichiatrizzazione, criminalizzazione, deresponsabilizzazione, colpevolizzazione	Pag 53
Le linee guida in Psichiatria: criticità cliniche e forensi	Pag 65

Introduzione

L'importanza forense di questa raccolta di principi clinici e forensi di pertinenza e competenza psichiatrica è quella di rappresentare per legge (Gelli-Bianco; n. 43/2017; art.590 sexies c.p.) un valido parametro di riferimento, (per magistrati, periti, consulenti, avvocati, psichiatri, etc) per l'accertamento dei presupposti della responsabilità professionale dello psichiatra.

L'importanza clinica di questa raccolta di osservazioni psichiatriche è quella, attraverso un raggiunto consenso ufficiale tra psichiatri, mettere in luce le attuali buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulle persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico e perizia psichiatrica, allo scopo di offrire una sempre maggiore beneficialità, in tema di salute psichica (come definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità), in persona del soggetto che presenta indicazioni di cura psichiatrica.

L'obiettivo concreto immediato di questa raccolta è di offrire in poche pagine, chiare ed operative, un riassunto, un compendio, una guida pratica per chi opera nella quotidianità dell'assistenza psichiatrica e dei contenziosi psichiatrici giudiziari in Tribunale in tema di buone pratiche cliniche

assistenziali, di appropriatezza nelle elaborazioni peritali e di criteriologia nella valutazione della responsabilità professionale dello psichiatra.

La forma di presentazione e la sostanza del contenuto delle presenti osservazioni cliniche e forensi è volta alla valorizzazione del consenso tra psichiatri e della facile fruibilità immediata. Il consenso tra psichiatri è inteso come elemento operativo decisivo in Psichiatria Forense per richiedere credibilità in generale per la disciplina, per ottenere il riconoscimento per legge di parametro di valutazione con valore giuridico ed in particolare per motivare e giustificare il riconoscimento ufficiale del valore dello scritto dagli organi istituzionali della Magistratura e dell'Avvocatura. Per questa ragione nel presente scritto compaiono, a livello formale e sostanziale di paternità, esclusivamente accreditate credenziali di Società Scientifiche. Facile fruibilità immediata in quanto si tratta di uno scritto, con informazioni cliniche e forensi espresse con modalità concise ed essenziali, indicazioni operative semplificate, gratuito e semplice nell'acquisizione telematica e nella trasformazione in cartaceo, a disposizione di tutti, facilmente raggiungibile per la consultazione, in ogni momento e luogo, anche per via telematica col proprio cellulare, utile e funzionale oggetto di scambio immediato, operativo, formativo e creativo tra mondo degli psichiatri e mondo dei magistrati e mondo degli avvocati.

L'uso adeguato di questa guida pratica non può essere disgiunto, per chi desidera approfondire i temi trattati, da una sensibile e responsabile formazione professionale nel campo della diagnosi e terapia psichiatrica (attraverso la consultazione dei numerosi trattati di psichiatria clinica, nazionali ed internazionali, sui disturbi psichici, sulla psicopatologia dei deliri, delle allucinazioni, etc che non è compito di questo scritto tentare di riassumere) e nel campo delle discipline forensi (attraverso la consultazione dei numerosi trattati di medicina legale sulla responsabilità professionale, sul nesso causale, sulla differenza tra eziologia clinica e causalità giuridica, etc che non è compito di questo scritto tentare di riassumere). In particolare questa raccolta di osservazioni cliniche e forensi rappresenta un riassunto od un riporto integrale di quanto la Società Italiana di Psichiatria e la Società Italiana di Psichiatria Forense nel corso di anni hanno, attraverso la aperta e libera discussione scientifica, approvato ufficialmente conferendo, con questa metodologia, validità di consenso ufficiale tra psichiatri e valido parametro di riferimento a livello giuridico. Nel trattato psichiatrico forense dal titolo "Psichiatria Forense", (edito da Piccin 2019), approvato e gestito dalla Società Italiana di Psichiatria e dalla Società Italiana di Psichiatria Forense, nelle 556 pagine, negli oltre 70 esempi clinici e forensi prototipici e nei 402 riferimenti bibliografici, clinici e forensi, sono contenuti ed approfonditi scientificamente, i temi dalla presente guida pratica e riassuntiva.

Indispensabile, per conferire, con continuità, valore scientifico, clinico e forense a questo scritto sarà un suo costante e periodico aggiornamento. Anche attraverso altre valide discipline del sapere. Pur nella consapevolezza che la psichiatria forense ha obiettivi e metodologie diverse dalla psichiatria clinica, psicologia clinica, neurologia, psicoterapia, psicoanalisi, farmacoterapia, genetica, diagnostica per immagini, diagnostica con reattivi mentali, etc, Aggiornamento anche attraverso la valutazione e l'esperienza nell'affrontare i sempre nuovi problemi che sono posti all'attenzione della psichiatria. In questo senso è auspicabile un grande apporto di aggiornamento di quella parte della psichiatria che opera più strettamente in contatto con soggetti che hanno messo in atto comportamenti previsti dalla legge come reati (psichiatri che operano all'interno delle REMS, degli Istituti Penitenziari, etc).

La cornice generale nella quale sono contenute le presenti osservazioni cliniche e forensi sono di evitare la psichiatrizzazione delle comuni esperienze umane, la criminalizzazione e deresponsabilizzazione pregiudiziale del soggetto portatore di un disturbo psichico, la colpevolizzazione non terapeutica della vittima, un sempre maggior rispetto al diritto costituzionale alla salute psichica di tutte le persone indipendentemente dal loro stato giuridico.

Enrico Zanalda

Massimo di Giannantonio

Giancarlo Nivoli

Suicidio del paziente, responsabilità professionale dello psichiatra, cartella clinica come documento di prova.

Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense.

Il suicidio del paziente è uno tra gli eventi più drammatici che possono accadere nella pratica psichiatrica. E' anche una tra le cause più frequenti della incriminazione penale e civile dello psichiatra. Allo scopo generale di migliorare la buona pratica clinica assistenziale dello psichiatra in tema di trattamento e prevenzione del suicidio possono essere consultate, con i loro vantaggi e criticità, numerose linee guida (1)

Oggetto del presente scritto è di riportare, a *livello scientifico*, alcune evidenze cliniche condivise in tema di suicidio ed a *livello forense*, alcune osservazioni metodologiche, quali risultano dal consenso sulla *buona pratica clinica assistenziale* approvato dalla Società Italiana di Psichiatria e Società Italiana di Psichiatria Forense.

Nella metodologia del presente scritto è privilegiata la parte di *pertinenza e di competenza* dello psichiatra nell'evento del suicidio, la chiarificazione di quanto la psichiatria è *in grado di fare e di non fare* per la beneficialità del paziente, la realistica, attuale e concreta disponibilità dei *mezzi impeditivi* di cui dispone la psichiatria per prevenire il suicidio, la cura della cartella clinica come *documento di prova* della buona pratica clinica e la necessità di fornire informazioni scientifiche sulla base di *evidenze cliniche condivise* per ridurre ed evitare *pregiudizi ed aspettative irrealistiche*

da parte della popolazione, familiari del suicida, Amministrazione della Giustizia, Avvocatura, etc nei confronti dell' intervento dello psichiatra.

Queste *buone pratiche cliniche assistenziali* non sono delle linee guida come previste per legge, non ancora attuate, ma , come previsto dalla stessa legge (Legge Gelli-Bianco n 43/2017 art. 590 sexies c.p.), in attesa di future linee guida, **rappresentano riferimento forense in tema di responsabilità professionale dello psichiatra.**

1) Il suicidio è un evento ad eziologia multideterminata, diagnosi multiassiale e trattamento multistrategico

Aspetti clinici.

Il suicidio è un evento

1. ad **eziologia multideterminata (Recognition of multicausality) (1)** e cioè ad una eziologia clinica legata a numerose variabili (costellazioni di variabili) biologiche, psicologiche, psichiatriche , culturali, sociali, contestuali, etc che interagiscono nel singolo individuo.
2. a **diagnosi multi assiale (Multiaxial diagnosis (1)** e cioè la formulazione di una diagnosi che valuti la complessa eziologia bio-psico-sociale ma anche la circostanzialità dell'evento nella unicità ed irripetibilità della circostanze psico-socio-culturali di tempo, luoghi e persone che caratterizzano il singolo evento,
3. ad **intervento preventivo e trattamentale multistrategico (Multicomponent interventions, Multisectorial approach (1)** e cioè la messa in atto di provvedimenti che spaziano, con differenti priorità, in relazione al caso clinico, nel campo medico, psicologico, psichiatrico, sociale, culturale, assistenziale, economico, legislativo, politico, etc. focalizzati sulla eziologia multideterminata e sulla diagnosi multiassiale.

Responsabilità professionale

L'affermazione semplicista *si è ucciso perché era depresso* non è condivisibile sotto l'aspetto clinico e forense. La depressione non è causa clinica e forense unica e diretta del suicidio: non tutti i depressi si uccidono e non tutti quelli che si uccidono sono depressi. Inoltre il disturbo psichico è un *fattore clinico di rischio*, tra i molti fattori clinici di rischio e non, a priori, una *causa giuridica*. Questa affermazione clinica semplicista ed errata (*si è ucciso perché era depresso*) può stimolare rivendicazioni emotive e giuridiche nei confronti dello psichiatra : *se si è ucciso perchè era depresso... lo psichiatra doveva curare meglio la depressione... così non si sarebbe ucciso... lo psichiatra ha sicuramente fatto un errore nella terapia della depressione...*

L'affermazione corretta, rispettosa della complessità scientifica clinica e forense del suicidio, che non è legato ad una causa unica, potrebbe essere : *allo stato attuale della conoscenze è difficile capire perché quel soggetto si è ucciso ... era depresso, narcisista, impulsivo, aggressivo ed in particolare era molto turbato e disperato perché abbandonato dalla moglie che amava profondamente...*

Cartella clinica

In cartella clinica e nelle informazioni cliniche e forensi a livello scientifico e nelle comunicazioni di massa deve risultare con chiarezza :

1. la eziologia multideterminata, la diagnosi multiassiale e gli interventi multistrategici di prevenzione del suicidio. Soprattutto devono essere segnalati in cartella clinica i fattori di rischio clinico che non sono di pertinenza e competenza dello psichiatra (crollo finanziario, divorzio, problemi lavorativi,) etc.
2. la comunicazione a chi di dovere (famiglia, assistenza sociale, etc) del loro ruolo nell'intervento curativo e preventivo La comunicazione è accompagnata dalla offerta scritta concreta di *consulenza per una loro responsabilizzazione, secondo qualificazione, capacità e disponibilità a termine di legge*
3. l'assenza, in cartella clinica, di *interpretazioni semplificatorie* ed *associazioni non scientifiche*, pregiudiziali errate ed emotive, a livello di singola persona e di comunicazione di massa, tra suicidio e disturbo psichico (*No single factor is sufficient to explain why a person died by suicide WHO*)

2) La interazione tra fattori protettivi clinici e fattori di rischio clinico nel suicidio

Aspetti clinici

In tema di suicidio è possibile affermare (1):

1. Il suicidio è il risultato clinico della interazione, nel singolo caso, tra fattori protettivi clinici e fattori di rischio clinico.
2. I fattori protettivi clinici ed i fattori di rischio clinico non sono fattori con dignità di causa giuridica.
3. I fattori di rischio clinico possono essere presenti ed il soggetto non si suicida, i fattori protettivi clinici possono essere presenti ed il soggetto si suicida.
4. i fattori protettivi clinici e di rischio clinico sono numerosi in clinica, la loro singola valutazione scientifica è complessa sotto l'aspetto qualitativo, quantitativo ed inter-relazionale, e sono variabili in rapporto alle differenti e numerose linee guida.

Responsabilità professionale

La valutazione psichiatrica del rischio di suicidio limitata ad alcuni fattori di rischio clinico (pregressi tentativi suicidari, autolesionismi, etc) nel singolo caso clinico, non è accettabile sotto il profilo scientifico e clinico. Inoltre si presta ad *interpretazioni semplificatorie* non scientifiche : *lo psichiatra ha dimenticato..., ha sottovalutato..., questo fattore di rischio..., quindi è responsabile del suicidio*. Quanto precede può accompagnarsi alla impropria attribuzione di un *nesso di causalità*

giuridica o subordinatamente di *concausalità sufficiente* ai fattori di rischio clinico travisando il valore clinico (e non forense) dei fattori protettivi clinici e di rischio clinico: *lo psichiatra non ha considerato questo fattore di rischio che ha causato il suicidio ... quindi è responsabile del suicidio del paziente...*

La valutazione della *suicidalità clinica* di un paziente deve essere fatta attraverso la *eziologia clinica* con *l'esame dei fattori di rischio clinico e dei fattori protettivi clinici presenti*, allo stato attuale e concretamente, nel soggetto al momento specifico dei fatti. La valutazione forense della responsabilità dello psichiatra in tema di suicidio deve essere formulata attraverso la *causalità giuridica* che è differente dalla *eziologia clinica*.

Cartella clinica

In cartella clinica e nella informazione psichiatrica, deve essere presente

1. un elenco ed una valutazione dei fattori di rischio clinico (1) nel singolo paziente nei loro aspetti statici individuali (malattie mediche, abuso di sostanze, etc); sintomatologici (mancanza di speranza , sentimento di indegnità, etc), circostanziali (ideazione suicidaria, progetto suicidario, etc) A questo elenco dei fattori di rischio clinico va aggiunto un elenco dei fattori protettivi clinici (1) nel singolo caso nei loro aspetti statici (presenza di buone relazioni affettive con i figli, la compagna di vita, la famiglia, etc), sintomatologici (buon sentimento di stima in se stesso, volontà concreta e fiduciosa di chiedere aiuto, etc) e circostanziali (pratica con aderenza le terapie, formula progetti per il futuro, etc).L'elenco dei fattori di rischio clinico e di protezione clinica può essere limitato a quelli con più evidenza clinica condivisa nel caso specifico e non necessariamente alle centinaia di variabili descritte in letteratura .
2. questo elenco, per avere valore forense, deve avere carattere di *concretezza* (non fattori teorici) ed *attualità* (al momento dei fatti e non nel corso della vita)
3. deve sempre essere utilizzato in cartella clinica e nelle comunicazioni informative il termine *clinico* (fattore di rischio clinico, fattore di protezione clinica, etc) per chiarire la differenza tra valutazione clinica e valutazione forense e **non confondere, in particolare, un fattore di rischio clinico od un fattore di protezione clinica con un fattore di causalità giuridica.**

Quanto precede è indice di *la diligenza, perizia e prudenza (buona pratica clinica)* di chi ha svolto la complessa e difficile valutazione.

3) Il suicidio è un evento imprevedibile ed inevitabile

Aspetti clinici

Nell'ambito degli aspetti clinici sono da considerare due differenti eventualità:

1)Prevenzione del suicidio: non sono in discussione la validità scientifica, l'utilità clinica ed il valore umano di tutte le modalità di prevenzione del suicidio a livello clinico e statistico (*Universal, selective, indicated*), nelle sue varie fasi (*Prevention, intervention, postvention*), inteso come un grave problema di sanità pubblica (*Global public health problem*) da affrontare con provvedimenti non solo sulla base di un modello medico-psichiatrico ma anche e soprattutto un modello sociale, modello psico-sociale e modello ecologico (*medical, sociological, psychosocial, ecological model*) estesi a leggi nazionali, ad interventi comunitari, a ruoli di istituzioni pubbliche, alla riduzione dello stigma, alle facilitazioni della ricerca di aiuto, ad educazione dei mezzi di comunicazioni di massa, etc (*Multisectorial approach*)(1).

2)Prevedibilità ed evitabilità del suicidio nel singolo caso. In questo senso (1)

1. non esiste un metodo di valutazione scientifica *clinico, attuariale o misto* che permetta, nel singolo caso clinico di stabilire con obiettività di dati che: *un soggetto si ucciderà ed un altro soggetto non si ucciderà.* (**imprevedibilità**)

2. non esistono misure terapeutiche (ricovero, contenzione, osservazione visiva continua, farmacoterapia, etc.) in grado di evitare, soprattutto a media e lunga scadenza, che: *un soggetto che ha deciso di uccidersi o prima o dopo lo metta in atto.* (**inevitabilità**)

3. quanto precede è giustificato dalla esistenza nella valutazione suicidaria di numerose criticità diagnostiche : *i fattori di rischio clinico e di protezione clinica, pur non rivestendo valore di causalità giuridica, possono variare rapidamente nel tempo come qualità, quantità ed interazione reciproca; presenza di simulazioni e dissimilazioni dell'intento suicidario non manifeste e non rilevabili clinicamente; ambivalenza altalenante, non necessariamente consapevole, tra desiderio di vivere e di morire; impulsività situazionale anche ego-distonica allo stile di vita, etc .* (**difficoltà sino ad impossibilità prognostica**)

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto il profilo clinico e forense il *disfattismo psicologico ed operativo* (non c'è niente da fare); *l'onnipotenza reattiva e millantatoria* (il suicidio è sempre, o quasi sempre, prevedibile ed evitabile) ; *l'ignoranza colpevole* (cioè non sapere che la *psichiatria clinica* e la *psichiatria forense* non sono la stessa disciplina, che la *eziologia clinica* non deve essere confusa con la *causalità giuridica*, che in

diritto non esiste il concetto di *imprevedibilità, inevitabilità e difficoltà od impossibilità ad evitare un evento : ad impossibilia nemo tenetur*, che in medicina ed in particolare in psichiatria esiste il *rischio consentito, etc*); *l'emarginazione dei familiari* (non sono qualificati ad interventi terapeutici, intralciano la terapia, etc).

E' auspicabile un atteggiamento di tipo *depressivo-riparativo* del terapeuta (*pur consapevole della imprevedibilità ed inevitabilità qualcosa posso e debbo fare per prevenire il suicidio*) e della implicazione dei familiari nella prevenzione del suicidio del loro congiunto (*debbono essere informati, psico-educati e responsabilizzati ai fini terapeutici in modo mirato alle loro capacità, disponibilità ed autodeterminazione e dopo il suicidio del congiunto seguiti, quando è il caso, con la postvention*).

Cartella clinica

In cartella clinica deve essere documentata

1. la *coerenza* tra valutazione integrata dei fattori di rischio clinico e protettivi clinici e le misure cautelative adottate per la *cura e protezione* del soggetto
2. la documentazione sulla *informazione ed aderenza al trattamento* concernente i familiari nei loro diritti di assistenza al congiunto e doveri di cittadini.
3. La cura e la protezione del soggetto debbono essere rispettose dei *diritti e doveri , previsti per legge, dei cittadini sottoposti a cure mediche* (diritto alla comunicazione, privacy, consenso, rifiuto delle cure, etc)

4) La farmacoterapia nella prevenzione del suicidio

Aspetti clinici

Nell'ambito degli aspetti clinici della farmacoterapia sono da considerare due differenti eventualità:

1. **Farmacoterapia e disturbo psichico.** Non sono in discussione i miglioramenti dei sintomi psichiatrici e della qualità di vita che la farmacoterapia ha portato e sta portando alla terapia dei disturbi psichici.
2. **Farmacoterapia e suicidio.** La farmacoterapia per la prevenzione del suicidio presenta numerose criticità (1): il suicidio (come l'omicidio) è un evento multi determinato e non esistono farmaci che guariscono gli eventi multi determinati; il disturbo psichico è solo uno tra i moltissimi fattori clinici di rischio clinico del suicidio ed i fattori di rischio clinico non sono

fattori causali forensi del suicidio; il farmaco può agire, nel caso più favorevole, su di un sintomo e non sulla totalità di un disturbo psichiatrico e non su tutti i componenti della suicidalità del paziente che sono estranei al sintomo ed al disturbo psichiatrico; etc. (1)

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto l'aspetto scientifico e forense (seppur fortemente affascinante sotto l'aspetto emotivo di trovare una *causa certa* od una *concausa sufficiente* ed una *cura efficace* al suicidio ed un *capro espiatorio* nei casi di insuccesso) : a) l'aspettativa di un farmaco che : *compie i miracoli di guarigione ed è sempre privo di effetti collaterali* cioè operativamente che : *sarebbe sufficiente somministrare a tutti i depressi un antidepressivo, a tutti i disturbi dell'umore un equilibratore dell'umore, etc... per evitare il suicidio.* Non è accettabile sotto il profilo forense una valutazione dell'effetto del farmaco che si limiti ad affermare, con una pretesa sapienza dopo il suicidio del paziente (ex post), *senza motivare ed approfondire in modo adeguato (1): lo psichiatra non ha somministrato il farmaco che avrebbe salvato dal suicidio,... ha sbagliato a prescrivere il farmaco giusto,... ha sbagliato a diminuire , aumentare , sospendere il farmaco...quindi è responsabile del suicidio del paziente...*

E' doveroso che ogni valutazione forense della terapia farmacologica in tema di suicidio sia effettuata con criteri rispettosi del metodo scientifico e delle criticità generali in tema di *nesso causale* e che, in particolare,

contempi la valutazione dei suoi rischi e dei suoi benefici; la differenza tra efficienza ed efficacia; la sua reale efficacia su obiettivi specifici; i fenomeni di resistenza totale o parziale; le percentuali di successo nelle varie strategie alternative per vincere la resistenza; l'intolleranza; effetti collaterali; effetti paradossi; sindromi da assuefazione; sindromi da astinenza; sindromi da rimbalzo; effetto nocebo; interazioni farmacologiche; variazioni farmacocinetiche o farmacodinamiche prevedibili e non prevedibili; le ricadute, remissioni , ricorrenze e la storia evolutiva naturale del disturbo psichico dipendenti ed indipendenti dal farmaco; l'esistenza di errori non rilevanti ai fini del nesso di causalità; la autodeterminazione, aderenza alla cura e tipologia del rapporto terapeutico in rapporto alle aspettative terapeutiche del farmaco; le peculiarità bio-psico-sociali del singolo caso in esame in rapporto alla funzionalità della specifica farmacoterapia; etc. (1).

Cartella clinica

Nella cartella clinica deve sempre essere documentata

1. la *coerenza* tra sintomi psichiatrici e terapia farmacologica e
2. la *giustificazione del rationale* alla base di ogni modifica della terapia farmacologica.

La valutazione clinica e forense della farmacoterapia, nei casi di accusa, in tema di suicidio dovrebbe, per inderogabile rigore di completezza scientifica, illustrare sulla base di evidenze cliniche condivise, non solo

1. “ *perché è ipotizzato che una terapia errata ha causato il suicidio*”

2. ma anche, nei dettagli scientifici ed operativi concreti : “ *quale sarebbe stata la terapia giusta, illustrata e motivata nei dettagli, che avrebbe evitato il suicidio*”.

5) La responsabilità del curante

Aspetti clinici

I soggetti con disturbo psichico e rischio suicidario sono spesso oggetto di cure contemporaneamente da parte di vari operatori della salute mentale allo scopo di migliorare l'esito clinico e la prevenzione.

Nel caso di suicidio possono insorgere problemi di responsabilità forense attribuita ad interi gruppi di operatori sanitari .

Responsabilità professionale

Non è utile sotto l'aspetto forense e sulla base delle leggi attuali, non precisare, in modo adeguato, i ruoli terapeutici delle singole persone, che hanno cura del paziente. In questo caso infatti le accuse possono estendersi a tutte le persone che hanno avuto rapporti terapeutici con il soggetto che si è suicidato : *la giustizia spara imputazioni su tutto il gruppo che ha avuto in cura il paziente.*

E' utile sotto l'aspetto forense precisare, da parte di chi ne ha diritto, in modo rispettoso della legge, la divisione dei ruoli delle persone che curano il paziente suicidario.

Cartella clinica

I ruoli e quindi le responsabilità di ogni singolo componente di una equipe di trattamento, sulla base delle leggi attuali, allo scopo di evitare imputazioni a tutte le persone. a prescindere dal loro ruolo, devono essere precisate nella cartella clinica e deducibili da protocolli operativi che contengono indicazioni:

a) scritte, b) specificate con chiarezza, c) esposte in reparto, d) discusse ed applicate in concreto, e) rispettose della accettazione, qualificazione, competenza ed autonomia professionale degli interessati.

6) La continuità di cura

Aspetti clinici.

Il paziente con disturbo psichico e rischio clinico suicidario, a carattere attuale e concreto, ha diritto a non essere vittima di interruzioni, non giustificate, di cura e protezione (suicidio)

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto il profilo forense continuità di cure interrotte in modo non rispettoso delle buone pratiche cliniche assistenziali o non adeguatamente verificate nella loro attuazione pratica in rapporto alla gravità clinica, come, *assenza di comunicazione della gravità clinica del paziente, concreta ed attuale, tra i vari curanti ed istituzioni; negligenza di sorveglianza nei trasporti medici, nelle attese di visite, nei trasferimenti tra diverse istituzioni, nel mancato o non qualificato accompagnamento nelle uscite terapeutiche che lo richiedano; etc.*

E' utile sapere , sotto il profilo forense, ed a titolo di esempio, che : *una lettera di dimissioni del medico inviante può non arrivare, essere consegnata o letta con ritardo dal medico accogliente, etc. Nei casi che lo richiedono oltre la lettera il medico inviante deve sincerarsi che il medico accogliente sia concretamente informato della gravità clinica, se è presente, della situazione.*

Cartella clinica

In cartella clinica deve essere :

1. *documentata* la continuità di cura ,
2. la continuità di cura deve essere *in relazione alla gravità concreta ed attuale* del caso clinico anche essa documentata.

7) La consapevolezza ed il controllo dei pregiudizi e delle emozioni

Aspetti clinici.

Le persone che vengono a conoscenza, assistono, sono implicate a livello clinico, diagnostico, terapeutico, valutativo forense, affettivo personale ad un suicidio attuato e tentato possono essere vittime di pregiudizi ed emozioni. Ai fini di una corretta funzionalità dei loro ruoli è utile che pregiudizi ed emozioni diventino consapevoli e siano controllati sotto il profilo cognitivo ed emotivo.(1)

Responsabilità professionale

A livello clinico e forense non possono essere accettati pregiudizi presenti non solo nella popolazione generale ma anche presso operatori nel campo della salute mentale e della amministrazione della giustizia : *only people with mental disorders are suicidal; once someone is suicidal, he or she will always remain suicidal; talking about suicide is a bad idea and can be interpreted as encouragement; etc (1)*. Sotto il profilo etico e deontologico non è adeguato trascurare la consapevolezza ed il controllo cognitivo delle emozioni, nella loro grande varietà, che possono creare difficoltà alla gestione clinica del soggetto suicidario: *reagire con disperazione,*

rinuncia, aggressività, onnipotenza ; richiedere trasferimenti inadeguati; mettere in atto abbandoni od omissioni; etc(1).

E' utile poter fruire di informazioni scientifiche e di adeguata formazione professionale, e , quando è il caso, di un lavoro di *ventilazione dei sentimenti* condiviso in equipe, di *monitoraggio assistito* delle emozioni, *debriefing* nelle situazioni di crisi, *audit* sui fatti a scopo conoscitivo e preventivo; *autopsie psicologiche pluridisciplinari*, etc

Cartella clinica

In cartella clinica, quando è il caso, devono essere documentare queste attività di lavoro terapeutico sui pregiudizi e sulle emozioni :

1. sotto il profilo esclusivo della *beneficialità per i soggetti suicidari*
2. con *esclusione di giudizi critici morali e colpevolizzanti* in persona dei soggetti direttamente interessati, dei curanti e dei familiari.

A livello forense e di comunicazione psichiatrica informativa debbono essere evitate tutte le *semplificazioni pregiudiziali non scientifiche* in tema di suicidio (*è sufficiente somministrare un ansiolitico per evitare un suicidio, etc*).

8) La qualificazione dei periti e consulenti.

Aspetti clinici

Il perito od il consulente che, richiesti dal magistrato, debbono esprimere un parere peritale in merito alla responsabilità dello psichiatra in tema di suicidio del paziente debbono presentare, come prevede la gerarchia delle fonti del diritto, una esperienza clinica concreta, per qualità e quantità, sui fatti specifici che debbono giudicare.(1)

Responsabilità professionale

E' inaccettabile sotto il profilo forense che *ad esprimere un giudizio di responsabilità professionale siano persone con prestigiosi titoli accademici, abili e rinomati ricercatori scientifici, professionisti di fama sui mezzi di comunicazioni di massa, etc, ma che non abbiano, come è previsto per legge, una esperienza clinica concreta ed una adeguatezza del curriculum su casi similari a quello per cui si procede. E' necessario che la qualificazione del perito/consulente segua le norme di legge come previsto dagli articoli del Codice di Procedura Penale (artt 220/221 c.p.p.) e le altri fonti gerarchiche del diritto (legge Balduzzi : art 3, comma 5, legge 189 /2012, Legge Gelli-Bianco n 43/ 2017, art 590 sexies c.p.;Codici deontologici; Buone pratiche cliniche assistenziali di Società Scientifiche, etc)(1)*

E' indispensabile che al momento del conferimento dell'incarico il perito o consulente documentino, sia messo per iscritto nel verbale e sia controllabile da chi ne ha diritto, la loro *reale esperienza clinica assistenziale*, sotto l'aspetto qualitativo e quantitativo, in tema di *buona pratica clinica*, e di *adeguatezza del loro curriculum* sui casi simili a quello per cui si procede.

Cartella clinica

Lo psichiatra oggetto di perizia o consulenza in tema di responsabilità professionale deve sapere, sottolineiamo ancora, che

1) il documento principale per la sua accusa e la sua difesa sarà lo scritto presente nella cartella clinica. Qualche minuto di più di attenzione e di consapevolezza forense nella compilazione della cartella clinica può evitare mesi ed anni di affanni e danni morali ed economici legati ad un procedimento giudiziario

2. ha il diritto di essere giudicato, *come prevede la legge*, da persona che deve essere qualificata, (con documentazione per iscritto al momento del conferimento dell'incarico e controllabile, sottolineiamo ancora nella sua realtà concreta, da chi ne ha diritto), come *esperienza clinica reale e concreta* ed *adeguatezza del curriculum* su casi simili al caso clinico trattato.

3. ha il diritto di poter inoltrare, nel *rispetto delle norme vigenti, domanda motivata di riconsulenza*, al magistrato preposto, in persona di periti e consulenti che non presentino le qualificazioni previste da norme di legge o da norme del codice deontologico di pertinenza o da documenti ufficiali di Società Scientifiche qualificate in tema di buone pratiche cliniche assistenziali o che presentino inaffidabilità peritale professionale come descritta nella letteratura internazionale. Attualmente la Società Italiana di Psichiatria e la Società Italiana di Psichiatria Forense ha previsto, in campo psichiatrico, come criteri di qualificazione di periti e consulenti in tema di responsabilità professionale dello psichiatra : la specializzazione in psichiatria, esperienza clinico assistenziale reale e concreta in struttura pubblica di almeno otto anni dopo la specializzazione, adeguatezza del curriculum al caso forense per cui si procede.

Osservazioni conclusive

Quanto precede è necessario sia approfondito con il testo originale (1) anche in tema dei 402 riferimenti bibliografici, clinici e forensi, in esso contenuti. Inoltre quanto precede deve essere accompagnato da adeguata formazione clinica e forense ed adattato a specifici contesti legislativi e giurisprudenziali di applicazione, in ambito penale e civile, al singolo caso clinico ed

all'indispensabile aggiornamento legato al progredire del sapere scientifico e dell'evoluzione del diritto.

Bibliografia

1) **Psichiatria Forense.** Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica. Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense. Nivoli G, Loretto L, Milia P., Nivoli A.M.A. Prefazioni di Claudio Mencacci, Bernardo Carpiniello, Enrico Zanalda, Tullio Bandini, Gianfranco Iadecola. **Piccin Ed., Padova(2019).**

**Comportamento violento sulla persona
messo in atto dal paziente ,**

responsabilità professionale dello psichiatra, cartella clinica come documento di prova.

Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense.

Il comportamento violento sulla persona (CVP : percosse, lesioni personali, omicidio attuato e tentato) messo in atto da un paziente psichiatrico nei confronti di terzi è uno degli eventi più drammatici e dolorosi sul piano umano e più frequenti per incriminazione penale e responsabilità civile dello psichiatra. A scopo generale di migliorare la buona pratica clinica assistenziale dello psichiatra in tema di trattamento e prevenzione del CVP possono essere consultate, con i loro vantaggi e criticità numerose linee guida (1)

Oggetto del presente scritto è di riportare, a *livello scientifico*, alcune evidenze cliniche condivise in tema di CVP ed a *livello forense*, alcune osservazioni metodologiche, quali risultano dal consenso sulle buone pratiche cliniche assistenziali approvato dalla Società Italiana di Psichiatria e dalla Società Italiana di Psichiatria Forense.

Nella metodologia del presente scritto è privilegiata la parte di *pertinenza e competenza* dello psichiatra in merito al paziente con CVP, il ruolo clinico e forense del disturbo psichico in merito al CVP, la chiarificazione di quanto la psichiatria è in *grado di fare e di non fare* per la beneficiabilità del paziente, attuale e concreta disponibilità dei *mezzi impeditivi* di cui dispone la psichiatria per prevenire il CVP; l'attenzione alla cartella clinica come *documento di prova* della buona pratica clinica assistenziale e la necessità di *fornire informazioni scientifiche* sulla base di *evidenze cliniche condivise* per ridurre ed *evitare pregiudizi ed aspettative irrealistiche* da parte della popolazione generale, dei familiari e delle vittime del soggetto con CVP, della Amministrazione della Giustizia, della Avvocatura, etc nei confronti dell'operato dello psichiatra.

Queste *buone pratiche cliniche assistenziali* non sono delle linee guida come previste per legge, non ancora attuate, ma , come previsto dalla stessa legge (Legge Gelli-Bianco n 43/2017 art. 590 sexies c.p.), in attesa di future linee guida, ***rappresentano riferimento forense in tema di responsabilità professionale dello psichiatra.***

1. Il CVP è un evento ad eziologia multi determinata, diagnosi multi assiale e trattamento multi strategico.

Aspetti clinici

Il CVP è un evento (1) :

1) ad **eziologia multi determinata** e cioè una *costellazione di variabili bio-psico-sociali* che clinicamente lo determina

2) a **diagnosi multi assiale** e cioè non tiene solo conto della *eziologia multi determinata* ma anche della *contestualizzazione* del caso clinico, al momento della valutazione, nelle sue irripetibili circostanze di tempo, luogo e persone.

3) a **prevenzione e trattamento multi strategico** e cioè con provvedimenti che spaziano, secondo il caso clinico, nel campo medico, psichiatrico, psicologico, sociale, culturale, legislativo, politico, etc

Il disturbo psichico non è la causa giuridica unica e diretta del CVP, ma solo, nei casi ove è presente, **uno tra i moltissimi** fattori bio-psico-sociali di *rischio clinico* che interagisce con gli altrettanto numerosi fattori bio-psico-sociali di *protezione clinica*. Il fattore di rischio clinico che si basa sulla eziologia clinica è concetto diverso e non può essere confuso con un fattore di *causalità giuridica*. **Eziologia clinica e causalità giuridica sono concetti diversi** : il primo concerne la disciplina medica mentre il secondo la disciplina del diritto (1).

Responsabilità professionale.

Non è corretto sotto l'aspetto clinico e forense affermare : *quel paziente ha ucciso la moglie perché schizofrenico con delirio persecutorio*. Non tutti i soggetti con questo disturbo psichico uccidono la moglie, per uccidere la moglie non c'è bisogno di un disturbo psichico, una persona può presentare una diagnosi schizofrenia con deliri persecutori ed uccidere la moglie per gelosia o per molti altri motivi, non esiste un legame diretto tra delirio di persecuzione e CVP ma debbono essere valutate nel singolo caso le *variabili intermedie* come psicopatie, antisocialità, emozioni , passioni, etc, l'offerta del contenuto apparentemente delirante può essere una *auto legittimazione* e non la vera *motivazione*, nel delirio esistono vari *livelli di comprensione* della realtà, etc (1).

L'affermazione corretta , rispettosa della persona e delle evidenze scientifiche e della metodologia forense potrebbe essere : *allo stato delle conoscenze è difficile capire perché quella persona ha ucciso la moglie ...quella persona aveva già usato violenze fisiche con altre donne, era molto possessiva e talvolta sadica con la moglie, era impulsiva, era in cura per schizofrenia, presentava contenuti rivendicatori e persecutori, ultimamente era molto frustrata ed aggressiva perché la moglie non si concedeva sessualmente...*

Cartella clinica

In cartella clinica, nelle informazioni cliniche e forensi a livello scientifico, nelle comunicazioni di massa deve risultare con chiarezza:

1. la eziologia multi determinata, la diagnosi multi assiale e gli interventi multistrategici in tema di CVP La cartella clinica deve riportare la diagnosi e la terapia psichiatrica. *La cartella clinica non è una perizia od una consulenza forense* e non deve riportare impropri, inadeguati e non giustificati *nessi di causalità* tra disturbo psichico e CVP di cui poi il compilatore potrebbe essere chiamato in

tribunale a fornirne giustificazione di fronte ad agguerriti ed esperti periti e consulenti sotto lo sguardo vigile e giudicante di un magistrato.

2. debbono essere evitate, soprattutto in cartella clinica, *semplistiche ed errate associazioni cliniche e forensi* tra disturbo psichico e CVP (*...ha ucciso perché era schizofrenico...*)

2. L'apprendimento psicologico e sociale del CVP

senza disturbo psichico

Aspetti clinici.

Come una persona apprende, senza partecipazione di psicopatologie di interesse psichiatrico, il comportamento sociale rispettoso della integrità fisica altrui, così può apprendere, sempre senza invocare un disturbo psichico, un CVP e cioè un comportamento non rispettoso della integrità fisica altrui. Questo dato clinico si basa su di una ricchissima bibliografia criminogenetica e criminodinamica (1) attraverso le *teorie sociologiche* (teoria delle aree criminali, della disorganizzazione sociale, della devianza, etc); le *teorie psicologiche* (dei contenitori, dell'identità personale, dei ruoli etc); le *teorie psicoanalitiche* (proiezioni di mondi interni sul mondo esterno, identificazioni proiettive, etc); le *strategie del disimpegno morale* del determinismo triadico reciproco (diffusione o dislocazione della responsabilità, attribuzione proiettiva della colpa, disumanizzazione della vittima, etc). Nel campo più specifico del CVP sono da sottolineare le *teorie della violentizzazione* del comportamento (invece di apprendere la socializzazione si apprende la violentizzazione) ; le varie *sottoculture della violenza* (valorizzazione a buona visibilità sociale del CVP per gestire i rapporti interpersonali.); l'importanza motivazionale delle *emozioni e passioni* (rabbia ,vendetta, gelosia, invidia, orgoglio, etc). Esiste poi una semeiotica specifica, senza disturbo psichico, che concerne il CVP : *i guadagni secondari, i cicli di violenza, gli schemi ripetitivi, i percorsi strutturati, i viraggi improvvisi, gli aloni progressivi, la riattuazione, la multifattorialità limitata e specifica, i segni premonitori, la comunicazione simbolica, le minacce, etc.*(1)

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto il profilo clinico e forense che uno psichiatra valuti e gestisca il CVP ignorando tutta la eziologia e le dinamiche della violenza interpersonale ed interpreti il CVP *esclusivamente*, non solo a livello scientifico ma anche emotivo personale, *alla luce della psicopatologia descritta nei trattati di psichiatria o come accade molto spesso alla luce dei manuali statistici e diagnostici classificatori categoriali del disturbo psichico* (anche se questi ultimi non possiedono, come spesso è precisato, idoneità alla valutazione forense) Concretamente quindi non è accettabile, sotto il profilo clinico e forense, che in presenza di un CPV sulla persona e presenza di un disturbo psichico *sia sempre, in via pregiudiziale, responsabilità dello psichiatra se il soggetto compie un agito di violenza.*

Cartella clinica

In cartella clinica quindi deve essere presente

- 1) *diagnosi e terapia psichiatrica* documentata e giustificata
- 2) costellazioni di fattori eziologici del CVP altri che il disturbo psichico nella *concezione del CVP come evento multifattoriale*
- 3) *assenza di nessi causali*, sottolineiamo ancora, impropri, non documentati, non giuridicamente corretti tra disturbo psichico e CVP.

Quanto precede mette ulteriormente in luce la necessità di corsi di formazione professionale e di qualificazione specifici per gli operatori della salute mentale in tema di CVP.

3. La interazione

tra fattori di rischio clinico e fattori protettivi clinici del CVP

Aspetti clinici

In tema di CVP è possibile affermare a livello clinico (1) :

- 1) il CVP è il risultato clinico della *interazione clinica nel singolo caso*, tra fattori protettivi clinici e fattori di rischio clinico
- 2) i fattori protettivi clinici ed i fattori di rischio clinico hanno importanza clinica ma *non hanno valore forense di causalità giuridica*.
- 3) I fattori protettivi clinici possono essere presenti ed il soggetto mette in atto un CVP, i fattori di rischio clinico possono essere presenti ed il soggetto non mette in atto un CVP
- 4) i fattori protettivi clinici e di rischio clinico, in clinica, sono numerosi, sono da valutare secondo la loro qualità, quantità ed interazione tra loro, non hanno valore predittivo da soli od in associazione, sono variabili in rapporto alle differenti e numerose linee guida, etc.(1)

Responsabilità professionale

La valutazione isolata e limitata ad alcuni fattori di rischio clinico, nel singolo caso , con il loro **travisamento da fattori di eziologia clinica a fattori di causalità giuridica**, non è accettabile sotto il profilo clinico e forense: *lo psichiatra ha dimenticato di considerare questo fattore di rischio...ha sottovalutato questo fattore di rischio...quindi è responsabile del CVP del paziente...*

La valutazione clinica e corretta del CVP del soggetto deve essere fatta con *l'esame integrato dei fattori di rischio clinico e dei fattori protettivi clinici presenti, allo stato attuale e concretamente, nel singolo caso al momento dei fatti in esame ed in riferimento al fatto specifico*. La valutazione forense del CVP deve essere fatta sulla base della *causalità giuridica* (di pertinenza e competenza della disciplina del diritto) e non sulla base della *eziologia clinica* (di pertinenza e competenza delle discipline mediche)

Cartella clinica

In cartella clinica e nella informazione scientifica psichiatrica deve essere presente :

1. *un elenco dei fattori di rischio clinico ed un elenco dei fattori protettivi clinici del singolo soggetto.* (1)Ad esempio per quanto concerne i fattori di rischio clinico sono da considerare le varie tipologie(1): fattori socio demografici (stato economico, etc), personali (delinquenza minorile, etc) , abuso di sostanze voluttuarie (abuso alcool e droghe, etc), legati al trattamento (non aderenza, etc), circostanziali (rottura di un legame affettivo, etc), legati alla recidiva (curriculum criminale, etc), etc. Eguale procedura per i fattori di protezione(1). Questo elenco non deve contenere le centinaia di variabili descritte in letteratura ma solo le variabili che presentano nel caso specifico evidenza clinica e forense condivisa.
2. questo elenco, per avere valore forense, deve avere carattere di *concretezza* (non teorico) *ed attualità* (al momento dell'esame e non nel corso di tutta la vita)
3. deve sempre essere utilizzato il termine *clinico* (fattore di rischio clinico, di protezione clinica, etc) per chiarire la differenza tra valutazione clinica e valutazione forense e **non confondere, in particolare, un fattore generico di rischio clinico con un fattore specifico di causalità giuridica.**

Quanto precede è indice di *diligenza, perizia e prudenza* (buona pratica clinica assistenziale) di chi ha svolto la complessa e difficile valutazione. Comportamento forense molto più diligente, perito e prudente di chi si limita ad esaminare solo due o tre fattori di rischio clinico ed ignora i fattori di protezione clinica e la comparazione tra i due. Avere esaminato i fattori di protezione clinica ma non averlo documentato in cartella non rispetta la regola informale forense che prevede la contestazione : “ non scritto in cartella : non fatto”.

4. L'importanza della vittimologia nella comprensione e gestione del CVP

Aspetti clinici

Il CVP ha spesso luogo tra aggressori e vittime che non solo si conoscono, ma hanno avuto relazioni personali sofferenti e complesse. Per una miglior comprensione, valutazione e gestione del CVP è quindi indispensabile poter usufruire di una conoscenza scientifica clinica in tema di *vittimologia psichiatrica* (1): *rapporti tra vittima ed aggressore* (vittime che mentono, vittime per vocazione, collusioni di psicopatologie tra vittima ed aggressore, etc), *semeiotica psichiatrica della vittima* (dissociazione, iperattivazione, meta emozioni, ottundimento psichico, elaborazione dei sentimenti di colpa, etc); *principi di psicoterapia vittimologica* (desensibilizzazione, rielaborazione, gestione dei sentimenti di colpa, etc), etc

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto il profilo clinico e forense che la valutazione e gestione di un autore di CVP, attuato in specifiche relazioni con la vittima, non comprenda un esame dei rapporti tra aggressore e vittima non solo per la comprensione dell'atto ma anche per le *implicazioni prognostiche ed indicazioni di cura* sia per l'aggressore (recidiva dell'atto, iniziative di riparazione, consapevolezza dell'agito violento,etc) che per la vittima (evitare la rivittimizzazione, le vittimizzazioni secondarie, la vittimizzazione allargata, la riconversione del ruolo di vittima in ruolo di aggressore, etc) (1)

Cartella clinica

1. Necessità , quando è il caso, di *utilizzare i principi clinici e forensi di vittimologia* nel valutare e gestire il CVP
2. Utilità clinica e forense della creazione di *Centri di vittimologia* per fornire
 - a) *assistenza medica e forense* alle vittime (con un equipe multidisciplinare)
 - b) *applicare misure standardizzate e scientifiche per la misurazione del danno alla vittima* (e non lasciata a valutatori inesperti o faziosi)
 - c) *accesso a strutture di preparazione al processo* (esplicitare e rendere operativi alla vittima i suoi diritti e le sue difficoltà emotive al processo.)

5. Il CVP è un evento imprevedibile ed inevitabile.

Aspetti clinici

Nell'ambito delle prevedibilità e della inevitabilità sono da considerare due fatti differenti.

A) Prevenzione del CVP.

Non sono in discussione l'utilità clinica ed umana di tutte le misure di *prevenzione generale* del CVP nel ridurre i fattori di rischio clinico e nel potenziare i fattori di protezione clinica : attenzione selezionata ai fattori socio demografici (basso livello economico, isolamento sociale), ai fattori psicologici individuali (famiglie maltrattanti, situazioni di crisi,) ai fattori psico-sociali (legati alla criminalità, all'abuso di sostanze voluttuarie, al disturbo psichico, sottocultura della violenza, situazioni di anomia , opportunità sociali differenziali, etc) etc Non sono in discussione le utili modalità di *prevenzione clinica in particolari situazioni di crisi* (soggetti confusi e spaventati non in grado di comunicare, in stato di grave agitazione psicomotoria, allucinati e minacciosi, etc)etc. o tutti provvedimenti che mirano ad una *promozione della salute mentale* e ad un *miglioramento della qualità di vita* (attenzione alla salute psichica nel suo aspetto più ampio come contemplato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità : OMS).

B) Prevedibilità ed evitabilità del CVP nel singolo caso clinico.

1. Non esiste un metodo di valutazione scientifica *clinico, attuariale o misto* che permetta *nel singolo caso clinico* di affermare che *un soggetto metterà in atto un CVP ed un altro soggetto non lo metterà in atto (**imprevedibilità**)*

2. Non esistono misure terapeutiche (ricovero in psichiatria, contenzione in carcere, farmacoterapia, psicoterapie provvedimenti legislativi premiali, etc) in grado di evitare che un soggetto metta in atto un CVP (**inevitabilità**)

A riprova di quanto precede è da considerare che il rischio di CVP varia rapidamente nel tempo come qualità, quantità ed obiettivo, è soggetto a simulazioni dissimulazioni, presenta ambivalenza nel farlo o non farlo nello stesso soggetto, le informazioni cliniche per il valutatore possono non essere reperibili o travisate da terzi, etc

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto il profilo clinico e forense il *disfattismo psicologico* (non c'è niente da fare per prevenire ed evitare il CVP); *l'onnipotenza reattiva e millantatoria* (Il CVP è sempre prevedibile e d evitabile , se non sempre nella maggior parte dei casi) ; *l'ignoranza colpevole* (cioè non sapere che la *psichiatria clinica* e la *psichiatria forense* non sono la stessa disciplina, che in diritto non esiste il concetto di *imprevedibilità, inevitabilità e difficoltà od impossibilità ad evitare un evento : ad impossibilia nemo tenetur*, che in medicina ed **in particolare in psichiatria esiste il rischio consentito, etc**); *l'emarginazione pregiudiziale* dei familiari (non sono capaci, non hanno il diritto o dovere,)

E' auspicabile un atteggiamento di tipo *depressivo-riparativo* di chi deve valutare e gestire il CVP (*pur consapevole della imprevedibilità ed inevitabilità qualcosa **posso e debbo** fare per prevenire il CVP del soggetto e, nei termini di legge, quando esiste una concretezza ed attualità di obiettivi specifici della violenza etero diretta, prevenire, nei limiti del fattibile e consentito da norme, danni a terze persone*) e si deve provvedere, quando è il caso ed è possibile ad una *implicazione dei familiari* nel trattamento (debbono essere informati, psicoeducati, responsabilizzati in modo mirato alle loro capacità, autodeterminazione ed aderenza alla loro psico-educazione).

Cartella clinica

In cartella clinica deve essere documentata

1. la *coerenza* tra valutazione integrata dei fattori di rischio clinico e protettivi clinici e le misure cautelative adottate per la *cura e protezione* del soggetto.

2. la documentazione sulla *informazione ed aderenza al trattamento* del paziente ed *alla loro psicoeducazione* concernente i familiari nei loro diritti di assistenza al congiunto e doveri di cittadini.

3. La cura e la protezione del soggetto debbono essere rispettose dei *diritti e doveri* , *previsti per legge, dei cittadini sottoposti a cure mediche* (diritto alla comunicazione, privacy, consenso,

rifiuto delle cure, etc) e l'implicazione dei familiari deve essere rispettosa dei diritti e doveri dei cittadini in quelle specifiche situazioni.

6. La farmacoterapia nella prevenzione del CVP

Aspetti clinici

Nell'ambito degli aspetti clinici della farmacoterapia sono da considerare due differenti eventualità:

3. **Farmacoterapia e disturbo psichico.** A livello clinico non sono in discussione i miglioramenti dei sintomi psichiatrici e della qualità di vita che la farmacoterapia ha portato e sta portando alla terapia dei disturbi psichici.
4. **Farmacoterapia e CVP.** La farmacoterapia per la prevenzione del CVP presenta numerose criticità (1) : il CVP è un evento multi determinato e non esistono farmaci che guariscono gli eventi multideterminati; il CVP non è un sintomo di una specifica entità psichiatrica nosografica; il farmaco può agire sulla irritabilità, agitazione , ansia, insonnia, etc ma questi sintomi (additional risk factors) sono presenti in tutta la popolazione generale, oltre non avere valore causale giuridico, non sono necessariamente in nesso causale giuridico con il complesso agire biopsicosociale del CVP; il farmaco cura il disturbo psichico ed il disturbo psichico è solo uno tra i moltissimi fattori di rischio clinico del CVP ed i fattori di rischio clinico non sono fattori di causalità giuridica del CVP; il farmaco può agire, nel caso più favorevole, su di un sintomo e non sulla totalità di un disturbo psichiatrico e non su tutti i componenti del CVP del soggetto che sono estranei al sintomo ed al disturbo psichiatrico e sono rappresentati dalla motivazioni alla violenza di natura psicologica, sociale, culturale, economica, sessuale, circostanziale, etc (1)

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto l'aspetto scientifico e forense (seppur fortemente affascinante sotto *l'aspetto emotivo* di trovare una *causa certa* ed una *cura efficace* al CVP ed un *capro espiatorio* nei casi di insuccesso) : a) l'aspettativa di un farmaco che : *compie i miracoli di guarigione sul CVP ed è sempre privo di effetti collaterali* cioè operativamente che : *sarebbe sufficiente somministrare a tutti gli agitati ,irritabili, ansiosi un calmante, a tutti gli psicotici un adeguato antipsicotico , a tutti i disturbi dell'umore e gli impulsivi un equilibratore dell'umore, etc... per evitare il CVP.* Non è accettabile sotto il profilo forense una valutazione dell'effetto del farmaco che si limiti ad affermare, con una pretesa sapienza dopo il CVP del paziente (ex post), senza *motivare ed approfondire in modo adeguato (1):... lo psichiatra non ha somministrato il farmaco che avrebbe evitato il CVP... ha sbagliato a prescrivere il farmaco giusto,... ha sbagliato a diminuire , aumentare , sospendere il farmaco...quindi è responsabile del CVP del paziente...*

E' doveroso che ogni valutazione clinica e forense della terapia farmacologica in tema di CVP sia effettuata con criteri rispettosi del metodo scientifico e delle criticità generali in tema di assenza di

causalità giuridica dei fattori di rischio clinico e di nesso causale tra disturbo psichico e CVP e che, in particolare,

contempra la valutazione dei suoi rischi e dei suoi benefici; la differenza tra efficienza ed efficacia; la sua reale efficacia su obiettivi specifici; i fenomeni di resistenza totale o parziale; le percentuali di successo nelle varie strategie alternative per vincere la resistenza; l'intolleranza; effetti collaterali; effetti paradossi; sindromi da assuefazione; sindromi da astinenza; sindromi da rimbalzo; effetto nocebo; interazioni farmacologiche; variazioni farmacocinetiche o farmacodinamiche prevedibili e non prevedibili; le ricadute, remissioni, ricorrenze e la storia evolutiva naturale del disturbo psichico dipendenti ed indipendenti dal farmaco; l'esistenza di errori non rilevanti ai fini del nesso di causalità; la autodeterminazione, aderenza alla cura e tipologia del rapporto terapeutico in rapporto alle aspettative terapeutiche del farmaco; le peculiarità bio-psico-sociali del singolo caso in esame in rapporto alla funzionalità della specifica farmacoterapia; etc. (1).

Cartella clinica

Nella cartella clinica deve sempre essere documentata

- 1) la *coerenza* tra sintomi psichiatrici e terapia farmacologica e
- 2) la *giustificazione del razionale clinico alla base di ogni modifica della terapia farmacologica*.

La valutazione clinica e forense della farmacoterapia, nei casi di accusa, in tema di CVP dovrebbe, per rigore di completezza scientifica, illustrare sulla base di evidenze cliniche condivise, non solo

1. “ *perché si ipotizza che una terapia è errata ed ha causato il CVP*”
2. ma anche, nei dettagli scientifici ed operativi nel caso per cui si procede, “ *quale sarebbe stata la terapia giusta, specificata e motivata con completezza scientifica, che avrebbe, sempre in ipotesi, evitato il CVP*”.

7. La responsabilità del curante

Aspetti clinici

I soggetti con disturbo psichico e rischio di CVP sono spesso oggetto di cure contemporaneamente da parte di vari operatori della salute mentale allo scopo di migliorare l'esito clinico e la prevenzione.

Nel caso di CVP possono insorgere problemi di responsabilità forense estesa a gruppi di persone (1).

Responsabilità professionale

Non è utile sotto l'aspetto forense, sulla base delle leggi attuali, non precisare, in modo adeguato, i ruoli terapeutici delle singole persone, che hanno cura del paziente. In questo caso infatti le accuse possono estendersi a tutte le persone che hanno avuto rapporti terapeutici con il soggetto che ha commesso un CVP : *la giustizia formula imputazioni su tutto il gruppo che ha avuto in cura il paziente.*

E' utile sotto l'aspetto forense precisare, da parte di chi ne ha diritto, in modo adeguato, la divisione dei ruoli delle persone che curano il paziente con rischio di CVP.

Cartella clinica

I ruoli e quindi le responsabilità di ogni singolo componente di una equipe di trattamento, allo scopo di evitare imputazioni a tutte le persone curanti a prescindere dal loro ruolo, devono essere precisati in cartella e deducibili da protocolli operativi che contengano indicazioni:

a) scritte, b) specificate con chiarezza, c) esposte in reparto, d) discusse ed applicate in concreto, e) rispettose della accettazione, qualificazione, competenza ed autonomia professionale degli interessati.

8. La continuità di cura

Aspetti clinici.

Il paziente con disturbo psichico e rischio clinico, attuale e concreto, di CVP ha diritto a non essere vittima di interruzioni, non giustificate, di cura e protezione (1)

Responsabilità professionale

Non è accettabile sotto il profilo forense *continuità di cure* interrotte in modo non rispettoso delle buone pratiche cliniche assistenziali o non adeguatamente verificate nella loro attuazione pratica in rapporto alla gravità clinica, come, *assenza di comunicazione della gravità clinica del rischio clinico di CVP del paziente, concreta ed attuale, tra i vari curanti ed istituzioni; negligenza di sorveglianza nei trasporti medici, nelle attese di visite, nei trasferimenti tra diverse istituzioni, nel mancato o non qualificato accompagnamento nelle uscite terapeutiche che lo richiedano; etc.*

E' utile sapere , sotto il profilo forense, ed a titolo di esempio, che : *una lettera di dimissioni del medico inviante può non arrivare, essere consegnata o letta con ritardo dal medico accogliente, etc. Nei casi che lo richiedono oltre la lettera il medico inviante deve sincerarsi che il medico*

accogliente sia concretamente informato della gravità clinica del rischio clinico di CVP, se è presente.

Cartella clinica

In cartella clinica deve essere :

- 1) *documentata la continuità di cura ,*
- 2) *la continuità di cura deve essere in relazione alla gravità concreta ed attuale del rischio clinico di CVP del caso clinico anche essa documentata.*

9. La consapevolezza ed il controllo dei pregiudizi e delle emozioni

Aspetti clinici.

Le persone che vengono a conoscenza, assistono, sono implicate a livello clinico, diagnostico, terapeutico, valutativo forense, affettivo personale ad un CVP possono essere vittime di pregiudizi ed emozioni. Ai fini di una corretta funzionalità dei loro ruoli è utile che pregiudizi ed emozioni diventino consapevoli e siano controllati sotto il profilo cognitivo, scientifico e terapeutico.(1)

Responsabilità professionale

A livello clinico e forense non possono essere accettati pregiudizi presenti non solo nella popolazione generale ma anche presso operatori nel campo della salute mentale e della amministrazione della giustizia : *Il CVP è sempre legato ad un disturbo psichico; i malati di mente mettono in atto più CVP dei criminali e dei soggetti con abuso di sostanze; la farmacoterapia dell'agitazione, irritabilità, impulsività elimina il rischio di CVP; tutti i possibili errori farmaco terapeutici possono causare il CVP; il CVP è legato ad aspetti biologici e non esiste un rimedio, il CVP è esclusivamente di natura sociale; etc.* Sotto il profilo etico e deontologico non è adeguato trascurare la consapevolezza ed il controllo cognitivo delle emozioni, nella loro grande varietà, che possono creare difficoltà alla gestione clinica del soggetto con rischio clinico di CVP: *reagire con disperazione, rinuncia, aggressività, onnipotenza ; richiedere trasferimenti inadeguati; mettere in atto abbandoni od omissioni; etc)* Soprattutto nella valutazione del CVP debbono essere evitati i quattro errori clinici e forensi fondamentali (1)

- 1 *la psichiatrizzazione* dei comportamenti normali in particolare quelli legati ad emozioni e passioni
2. *la colpevolizzazione non terapeutica* della vittima
- 3 *la criminalizzazione* del soggetto con disturbo psichico

4. la *deresponsabilizzazione pregiudiziale* del soggetto con disturbo psichico

E' utile poter fruire di informazioni scientifiche e di adeguata formazione professionale, e , quando è il caso, di un lavoro di *ventilazione dei sentimenti* condiviso in equipe, di *monitoraggio assistito* delle emozioni, *debriefing* nelle situazioni di crisi, *audit* sui fatti a scopo conoscitivo e preventivo; etc

Cartella clinica

In cartella clinica, quando è il caso, devono essere documentare queste attività di lavoro terapeutico sui pregiudizi e sulle emozioni :

- 1) sotto il profilo *esclusivo della beneficalità per i soggetti con CVP*
- 2) con *esclusione di giudizi critici morali e colpevolizzanti* in persona dei soggetti direttamente interessati, dei curanti e dei familiari.

A livello forense debbono essere evitate, anche nello scritto della cartella clinica, tutte le *semplificazioni pregiudiziali ed emotive non scientifiche* in tema di CVP .

10. La qualificazione dei periti e consulenti.

Aspetti clinici

Il perito od il consulente che, richiesti dal magistrato, debbono esprimere un parere peritale in merito alla responsabilità dello psichiatra in tema di CVP del paziente debbono presentare, nel rispetto delle fonti gerarchiche del diritto, una esperienza clinica concreta, per qualità e quantità, sui fatti specifici che debbono giudicare.(1)

Responsabilità professionale

E' inaccettabile sotto il profilo forense che *ad esprimere un giudizio di responsabilità professionale siano persone con prestigiosi titoli accademici, abili e rinomati ricercatori scientifici, professionisti di fama sui mezzi di comunicazioni di massa, etc, ma che non abbiano, come prevede la legge, una esperienza clinica assistenziale concreta ed una adeguatezza del curriculum su casi similari a quello per cui si procede. E' necessario che la qualificazione del perito/consulente segua le norme di legge* come previsto dagli articoli del Codice di Procedura Penale (artt 220/221 c.p.p.) e le altri fonti gerarchiche del diritto (legge Balduzzi : art 3, comma 5, legge 189 /2012, Legge Gelli-Bianco n 43/ 2017, art 590 sexies c.p.;Codici deontologici; Buone pratiche cliniche assistenziali di Società Scientifiche, etc)(1)

E' indispensabile che al momento del conferimento dell'incarico il perito o consulente documentino, sia messo per iscritto nel verbale e sia controllabile da chi ne ha diritto la loro *reale esperienza clinica assistenziale*, sotto l'aspetto qualitativo e quantitativo, in tema di *buona pratica clinica*, e di *adeguatezza del loro curriculum* sui casi simili a quello per cui si procede.

Cartella clinica

Lo psichiatra oggetto di perizia o consulenza in tema di responsabilità professionale deve sapere che :

- 1) **il documento principale per la sua accusa e la sua difesa sarà lo scritto presente nella cartella clinica.** Qualche minuto di più di attenzione e di consapevolezza forense nella compilazione della cartella clinica può evitare mesi ed anni di affanni e danni morali ed economici legati ad un procedimento giudiziario
2. ha il diritto di essere giudicato, *come prevede la legge*, da persona che deve essere qualificata, (con documentazione per iscritto al momento del conferimento dell'incarico e controllabile, sottolineiamo ancora nella sua realtà concreta, da chi ne ha diritto), come *esperienza clinica reale e concreta* ed *adeguatezza del curriculum* su casi simili al caso clinico trattato.
3. ha il diritto di poter inoltrare, nel *rispetto delle norme vigenti, domanda motivata di riconsulenza*, al magistrato preposto, in persona di periti e consulenti che non presentino le qualificazioni previste da norme di legge o da norme del codice deontologico di pertinenza o da documenti ufficiali di Società Scientifiche qualificate in tema di buone pratiche cliniche assistenziali o che presentino inaffidabilità peritale professionale come descritta nella letteratura internazionale. Attualmente la Società Italiana di Psichiatria e la Società Italiana di Psichiatria Forense ha previsto, in ambito psichiatrico, come criteri di qualificazione di periti e consulenti in tema di responsabilità professionale dello psichiatra : la specializzazione in psichiatria, *esperienza clinico assistenziale reale e concreta* in struttura pubblica di almeno otto anni dopo la specializzazione, *adeguatezza del curriculum* al caso forense per cui si procede.

Osservazioni conclusive

Quanto precede è necessario sia approfondito con il testo originale (1) anche in tema dei 402 riferimenti bibliografici clinici e forensi in esso contenuti. Inoltre quanto precede deve essere accompagnato da formazione in psichiatria clinica e psichiatria forense ed adattato a specifici

contesti legislativi e giurisprudenziali di applicazione, in ambito penale e civile, al singolo caso clinico ed all'indispensabile aggiornamento legato al progredire del sapere scientifico e dell'evoluzione del diritto .

Bibliografia

1) **Psichiatria Forense**. Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica. Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense. Nivoli G, Loretto L, Milia P., Nivoli A.M.A. Prefazioni di Claudio Mencacci, Bernardo Carpinello, Enrico Zanalda, Tullio Bandini, Gianfranco Iadecola. **Piccin Ed., Padova (2019)**.

La perizia psichiatrica: dal concetto giuridico di pericolosità al concetto psichiatrico di cura.

Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense.

Allo stato attuale le perizie in tema di capacità di intendere e di volere in penale, nella pratica quotidiana dei tribunali e secondo dottrina dei trattati più diffusi su questo specifico argomento (1,2,3) privilegiano nelle risposte ai quesiti posti dal magistrato l'aspetto valutativo giuridico e non l'aspetto dell'intervento psichiatrico di cura e di promozione della salute mentale. La proposta che segue tende a suggerire quesiti articolati, con specifiche risposte, che il magistrato potrebbe proporre al perito/consulente al fine di raccogliere un maggior numero di informazioni psichiatriche e di indicazioni di cura, a carattere di utilità operativa e fattibilità, che permettono un miglior inquadramento diagnostico-decisionale, ai fini di giustizia, del caso per cui si procede. La proposta dei quesiti che seguono rispetta l'attuale normativa (art. 88, 89, 133, 203 c.p. e 70-73, 275, 286, 286 bis, 299 c.p.p. ed il diritto di richiedere e di rispondere al quesito: "*Informazioni psichiatriche ed indicazioni di cura utili ai fini di giustizia*").

I quesiti e le risposte psichiatrico forensi

1° Quesito

:... dica il perito (od il consulente)...se il soggetto...al momento ed in riferimento ai fatti per cui si procede presentava, per infermità, capacità di intendere e/o di volere totalmente esclusa (art 88 c.p.) o grandemente scemata (art 89 c.p.). Nella ipotesi di capacità di intendere e/o di volere scemata ma non grandemente specifici la gravità psichiatrica di detta riduzione.

È offerta alla valutazione del magistrato, per i **non imputabili**, l'informazione psichiatrica specifica:

- 1) in rapporto alla capacità di intendere e/o di volere al momento del fatto (art 88, c.p.)
- 2) all'attualità del disturbo psichico

In caso di risposta favorevole ex art. 89 c.p. (capacità di intendere e/o di volere grandemente scemata) il perito/consulente dovrà offrire alla valutazione del magistrato, per gli **imputabili** (capacità di intendere e di volere *grandemente scemata: art 89 c.p., moderatamente scemata, lievemente scemata*), basandosi sulla patologia psichiatrica di interesse forense e non sconfinando nella perizia psicologica, una specifica *indicazione di cura*.

La risposta *grandemente scemata* è **obbligatoria** in quanto richiesta da legge: art 89 c.p. Le risposte *moderatamente scemata o lievemente scemata* sono **facoltative** e condizionate alla richiesta del magistrato. La sensibilità clinica del perito o consulente, nel rispetto della pertinenza e competenza del magistrato, può segnalare, ai fini di giustizia, quelle patologie, di interesse forense, per cui vi sono disponibili trattamenti supportati dalle evidenze scientifiche condivise.

L'*indicazione di cura* per imputabili **non è un obbligo di cura**, ma è un possibile provvedimento riabilitativo, nell'ambito del piano terapeutico riabilitativo personalizzato e della promozione della salute mentale, che può essere *oggetto di valutazione* del magistrato secondo art 133 c.p. o secondo il principio della *premiabilità progressiva* ed utile ai fini dell'*irrogazione* e della *esecuzione* della pena. Quanto precede alla luce della volontarietà nei trattamenti sanitari, della consapevolezza di malattia e della possibile ricerca di guadagni secondari e terziari in merito al reale o preteso disturbo psichico.

2° Quesito

:...capacità di assistere coscientemente al proprio processo (art 70 cpp)

La risposta a questo quesito segue la cornice normativa attualmente in vigore. Questa risposta è comprensiva della *reversibilità* od *irreversibilità del quadro clinico specificando la cronicità clinica*.

3° Quesito

: ...compatibilità con lo stato di detenzione (art 275 cpp)

È offerta alla valutazione del magistrato, quando il caso è anche di interesse assistenziale psichiatrico, **ad eccezione del vizio totale di mente e solo per imputabili**, l'opportunità di utilizzare, come *possibilità aggiuntiva* nel panorama attuale delle misure di cura e di controllo, *all'interno della presente cornice normativa, il Servizio di Psichiatria Carcerario o Strutture Psichiatriche Carcerarie di Cura, attualmente esistenti*. (art: 70-73, 275, 286, 286 bis, 299 c.p.p.) Quanto precede alla luce delle *difficoltà di una terapia psichiatrica ottimale* in ambiente carcerario, dei vincoli *giuridici*, delle *urgenze* di intervento psichiatrico, della *collaborazione* del soggetto all'interno della struttura carceraria, della *transitorietà* della misura terapeutica nel passaggio a contesti ambientali più adatti e di *un vincolo di condivisione* da parte del servizio di salute mentale competente nel caso di trasferimento del trattamento psichiatrico all'esterno della struttura carceraria.

4° Quesito

: ... informazioni psichiatriche utili ai fini degli artt. 203 e 133 c.p. ed indicazioni di cura utili ai fini di giustizia.

a) Il perito (consulente) offre al Magistrato le informazioni psichiatriche utili per la valutazione della pericolosità, come definita degli artt. 203 e 133: 1) la diagnosi e la prognosi del disturbo psichico al momento dell'esame psichiatrico peritale 2) le informazioni psichiatriche su cosa fare (a livello di trattamento riabilitativo psichiatrico) ,3) dove farlo (specificando le modalità ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, comunitarie, ad alta intensità di cura, REMS, etc), 4) da chi deve essere fatto (precisando l'identità e l'accettazione, da chi di dovere, della struttura ricevente), 5) la condivisione a livello di intervento psichiatrico tra chi "scrive la perizia" e "chi avrà in cura" il soggetto interessato.

b) Il perito (consulente) offre alla valutazione del magistrato, quando è il caso di trattamenti psichiatrici scientificamente giustificati, indicazioni di cura, (che non sono obbligo di cura o necessità di cura) nell'ambito del principio generale della terapia, riabilitazione e della promozione della salute mentale cui hanno diritto tutti i cittadini indipendentemente dalla loro situazione giuridica. Queste indicazioni di cura possono integrarsi con principi, piani, progetti terapeutici e riabilitativi più individualizzati e personalizzati previsti per soggetti in specifiche situazioni giuridiche.

Osservazioni forensi sui quesiti e risposte.

La proposta di quesiti e possibili risposte, in tema di capacità di intendere e di volere in sede penale, che precede può essere approfondita ed ampliata in rapporto a specifiche esigenze del caso per cui si procede ed è comprensiva delle osservazioni forensi generali che seguono.

1. Aggiornamento scientifico in tema di disturbo psichico e comportamento contro la legge

Le *evidenze cliniche condivise* riportate nella letteratura scientifica a livello nazionale ed internazionale in tema di disturbo psichico e comportamento previsto dalla legge come reato sono evolute nel tempo e non possono essere ignorate nelle attuali valutazioni forensi. Aggiornamento scientifico su questo tema auspicato dalla stessa Amministrazione della Giustizia:

Inerzia in questo campo, caratterizzata da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche. (Corte Costituzionale,18, luglio, 2003 n. 253)

Sotto il profilo di aggiornamento scientifico clinico sottolineiamo, ad esempio, lo *stigma* sulle persone con diagnosi di disturbo psichico (*sono inguaribili, pericolose, criminali, sono sempre incapaci di intendere e di volere qualsiasi cosa facciano; non sono mai in grado di fare delle scelte; quando fanno delle scelte sono scelte sempre legate alla loro malattia mentale, etc.*) e lo *stigma* sulle persone che compiono reati in particolare a forte riprovazione sociale per la loro crudeltà ed efferatezza (*sono geneticamente condannati ad essere criminali, sono sempre affetti da grave disturbo psichico, sono intrattabili sotto il profilo medico, psichiatrico, sociale, etc.*) non trovano conferme scientifiche. Inoltre questi stigmi sono alla base di una dannosa ed ingiustificata: a) *criminalizzazione* e *deresponsabilizzazione* del soggetto con disturbo psichico. b) *psichiatrizzazione* del soggetto che compie atti contrari alla legge. c) *colpevolizzazione* pregiudiziale della vittima (4).

2. Approfondimento forense del nesso causale tra disturbo psichico e comportamento contro legge.

Ricordiamo che a termini di legge:

...anche un grave sofferente psichico può essere chiamato a rispondere del suo operato se non viene stabilita una sufficiente correlazione fra patologia, funzionamento psichico e delitto ... (3).

Un esame più rispettoso della legge attuale in tema di *nesso causale, specifico e diretto*, nella sua valutazione da *causalità generale a causalità individuale (3), reale ed individualizzato* (e non astratto ed ipotetico) arricchito ed approfondito con le *evidenze cliniche condivise attuali* (senza confusione tra *eziologia clinica e causalità giuridica dei fattori di rischio e di protezione, sintomi psichiatrici presenti prima dell'atto e sintomi psichiatrici presenti dopo l'atto, motivazione all'atto ed auto-legittimazione dell'atto, diagnosi psichiatrica clinica e diagnosi psichiatrica forense peritale; criticità diagnostiche cliniche e forensi in tema di diagnosi ed interpretazione di delirio ed allucinazioni; inesistenza di un rapporto diretto ed automatico tra delirio, allucinazione e fatto-reato; l'importanza clinica motivazionale delle emozioni e passioni e la loro irrilevanza ai fini della capacità di intendere e di volere; l'esame di motivazioni legate alla acquisizione di denaro, di benefici, di sessualità, di stato sociale, etc che possono essere mascherate dalla presenza di un disturbo psichico, la valutazione forense delle dinamiche legate al capro espiatorio; etc.) permette di evitare indebiti ed ingiustificati giudizi in tema di *nesso causale tra disturbo psichico e comportamento previsto dalla legge come reato (4)*.*

3. Valutazioni delle criticità di alcune metodologie scientifiche applicate alla psichiatria forense.

La psichiatria forense ha *presupposti dottrinali, metodologie e finalità* diverse dalla:

psichiatria clinica, psicologia clinica, psicoterapia, farmacoterapia, neuropsicofarmacologia, psicologia del profondo, psicoanalisi, neuroscienze, genetica, esami con reattivi mentali, etc.

Tutte queste importanti, interessanti, e scientificamente valide discipline arrecano un indubbio progresso al sapere umano. Tuttavia queste discipline quando applicate alla psichiatria forense possono presentare importanti criticità interpretative ed applicative in rapporto alle *inderogabili, specifiche e prioritarie esigenze del diritto* in tema di *"rimproverabilità", "responsabilità personale", "convivenza sociale", "difesa sociale" "circostanzialità" e "multideterminismo"* del comportamento specifico per cui si procede a termini di legge. Non conoscere queste criticità può portare ad elaborati peritali privi di validità.

4. Evitare confusioni tra valutazioni psichiatriche cliniche e valutazioni giuridiche.

In particolare la *gravità psichiatrica* del disturbo psichico non è, da sola, una valutazione forense della *rilevanza giuridica* di quello specifico disturbo in quel specifico soggetto al momento ed in relazione al fatto per cui si procede e non è, da sola, una valutazione della *pericolosità* del soggetto, concetto *giuridico in tema di difesa sociale* (e non *medico-psichiatrico in tema di diagnosi e terapia*) che è di pertinenza e competenza del magistrato (4). Concretamente gli artt. 203 e 133 c.p. stabiliscono una serie di criteri, numerosi e specifici, per la valutazione della pericolosità ("*qualità di persone socialmente pericolose*") di pertinenza e competenza del magistrato (es. *intensità del dolo, grado della colpa*, etc). Inoltre la valutazione indicata nell'art. 203 c.p. costituisce compito esclusivo del giudice, il quale non può abdicarvi in favore di altri soggetti, né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle condizioni mentali dell'imputato ed alle implicazioni comportamentali eventualmente indicate dal perito (Cass. Pen, Sez. I, 8 ottobre 1996, n°8996; Cass. Pen. Sez. II, 25 maggio 1988, n° 2913).

5. Errori di metodologia forense nelle perizie e consulenze.

Tra i molti errori metodologici che possono essere fatti nelle perizie e consulenze, a prescindere da specifici quesiti sulla capacità di intendere e di volere, sono da segnalare :

il senno del dopo; si può fare di più; si può fare diversamente; accattonaggio dei sintomi; pubblicità ingannevole del farmaco miracoloso; causalizzazione dell'errore non rilevante; causalizzazione del fattore di rischio; presentazione di letteratura non pertinente o inadeguata; causalizzazione e concausalizzazione pregiudiziale del disturbo psichico; psichiatrizzazione della spiegazione scientifica; rifiuto dell'imprevedibile, dell'inevitabile, dell'inguaribile; travisamento del fatto; psichiatrizzazione del sintomo; mascheramento della diagnosi; contaminazione pregiudiziale; colonizzazione; effetto domino; ipersemplicificazione pregiudiziale non scientifica; mancato approfondimento diagnostico; etc.

Si tratta di errori metodologici che rendono le perizie e consulenze *sbagliate, false* o comunque *non scientificamente accettabili (4)*.

6. Qualificazione ed affidabilità dei periti e consulenti

L'esecuzione della perizia e consulenza psichiatrica presuppone una **qualificazione** dei periti e consulenti come prevista da norme di legge, codici deontologici e buone pratiche cliniche assistenziali. Ricordiamo che questa qualifica (da valutare in tema di tipologia peritale : perizia psichiatrica penale sull'autore di reato; perizia in tema di responsabilità professionale dello psichiatra; perizia sul danno psichico; etc) concerne una *competenza reale sul compito da svolgere* e non la presenza di titoli accademici altisonanti, vaghi ed onnicomprensivi di molteplici saperi, popolarità sui circuiti televisivi, successi di presenze ai congressi clinici, riconoscimenti con premi scientifici anche prestigiosi, etc. Gli artt. 220 e 221 del Codice di Procedura Penale mettono in luce le caratteristiche richieste: *specifiche competenze tecniche; particolare competenza nella specifica disciplina*; art. 62 Nuovo Codice di Deontologia Medica, 18-05-2014, sottolinea: *effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso*; legge Balduzzi, n. 189, 8 nov, 2012, art 3, comma 5 e legge Gelli, n.43, 2017, art 590 sexies c.p., mettono in luce l'importanza delle Società Scientifiche in tema di *buone pratiche cliniche assistenziali* A questo

proposito la Società Italiana di Psichiatria con la Società Italiana di Psichiatra Forense ha fissato i criteri per la qualificazione in tema di giudizio sulla responsabilità professionale dello psichiatra:

1) *la presenza di un collegio peritale in cui vi sia uno psichiatra (oltre lo specialista in medicina legale)*

2) *lo psichiatra deve possedere:*

- *la specializzazione in psichiatria*
- *l'esperienza clinico assistenziale di almeno otto anni in struttura pubblica oltre gli anni di specializzazione*
- *adeguato curriculum in relazione al giudizio del caso in oggetto*

3) *queste qualificazioni debbono essere richieste e scritte nel verbale al momento del conferimento dell'incarico peritale e possono essere controllate da chi ne ha interesse e diritto.*

Inoltre il perito ed il consulente debbono presentare **affidabilità**. Particolare attenzione deve essere posta a periti e consulenti *non affidabili come sono classificati e descritti a livello di letteratura nazionale ed internazionale (4)*.

- *Amicus curiae (Friends of court, braccio armato della Pubblica Accusa):* per ottenere un flusso costante di perizie, non richiesti dal magistrato, assecondano in modo pregiudiziale, le imputazioni formulate dalla Pubblica Accusa (1). Oltre essere conosciuti nei tribunali per gli errori metodologici nei loro elaborati peritali, è da rilevare che, a livello statistico significativo, le loro conclusioni forensi ricalcano sempre le imputazioni, provocando, spesso, danni ingiusti a vittime tardivamente riconosciute innocenti.
- *Millantatori (Hustler, imposter, mountebank, zealot, voodoo-psychobabble, etc):* non hanno titoli ed esperienza per essere qualificati come psichiatri forensi (come prevedono norme di legge, deontologiche, buone pratiche cliniche assistenziali di società accreditate nel mondo scientifico), ma esercitano egualmente la psichiatria forense. Non sono in possesso, *presentandosi come psichiatri forensi*, (ad esempio in tema di valutazione della responsabilità professionale dello psichiatra) di una laurea in medicina, di una specializzazione in psichiatria od in medicina legale, non hanno esperienza clinico assistenziale, non hanno conoscenza della metodologia forense, etc, ma dicono o fanno credere od artatamente sfruttano l'ambiguità di titoli professionali od accademici o la contiguità di altre discipline diverse (soprattutto per i profani delle discipline mediche e psichiatriche) per una tacita comunicazione di una specifica qualificazione professionale peritale specifica che non possiedono. Accanto ad una concreta millantata qualificazione, a prescindere dalla forma con la quale è perseguita, i millantatori possono offrire informazioni cliniche e forensi non veritiere sino all'offerta di *scienza spazzatura e travisamento* dei principi giuridici. Di particolare gravità, oltre coloro che ricercano una nuova "professionalità economica" come periti e soprattutto consulenti di parte in vendita con esosi ed ingiustificati onorari e coloro che ricercano, "carrieristi iperattivi per vocazione naturale", visibilità personale ai congressi, sono i "millantatori televisivi". Questi ultimi, a prescindere dalla loro qualificazione, quando presente, particolarmente sensibili ed abili alla ricerca del consenso popolare televisivo, non autorizzati dalle società scientifiche di competenza, possono colpevolizzare sui mezzi di comunicazione di massa, in modo pregiudiziale, gli operatori della salute mentale, assecondare i pregiudizi sul legame tra malattia mentale e comportamento criminale, discreditando in particolare la disciplina psichiatrica e contribuendo ad aumentare lo stigma sociale, soprattutto in tema di pericolosità, sul soggetto con disturbo psichico.
- *Consulenti in vendita (Hired gun, overzealous advocate, for sale, mercenary, snake, chameleon, whores, prostitutes, etc):* consulenti di parte che per denaro presentano consulenze difensive od accusatorie sfacciatamente prive di ogni possibile evidenza clinica condivisa e irrispettose di ogni corretta metodologia forense(1). Si tratta di soggetti ben noti in ogni tribunale che arrecano grave danno all'immagine di serietà professionale e validità scientifica della psichiatria forense e della psichiatria clinica.

Conclusioni

Il progresso delle scienze psichiatriche ha portato a sempre più specialistici ed utili beneficiabilità al soggetto con disturbo psichico su compiti di pertinenza e competenza dello psichiatra. Come è stato fatto in tema di Trattamento Sanitario Obbligatorio ove è stato privilegiato, nel compito dello psichiatra, l'intervento di cura e di promozione della salute mentale ad un controllo sociale del comportamento contro legge, così è l'attuale proposta di quesiti e risposte (nella valutazione della capacità di intendere e di volere in sede penale) che privilegia l'offerta al magistrato di molte più informazioni psichiatriche ed indicazioni di cura utili ad un migliore inquadramento giuridico e migliore beneficiabilità di salute mentale del caso per cui si procede. In questo senso vi è un passaggio da una concezione della perizia che privilegia l'aspetto *giuridico-medico-legale* ad una concezione che privilegia l'aspetto *psichiatrico-forense* con *informazioni ed indicazioni di cura* utili ai fini di giustizia. Quanto precede nel *rispetto della attuale cornice normativa* sui temi trattati e delle differenti *pertinenze e competenze* (tramontato l'arcaico concetto in ambito peritale di "*peritus peritorum*") tra magistrato e psichiatra; il primo come "*custode del metodo scientifico*" ed il secondo come "*custode del sapere scientifico*" (4). La proposta che

precede inoltre, per un suo approfondimento clinico, forense e bibliografico, necessita di essere completata col testo originale (4) da cui è stata isolata e brevemente riassunta. Il testo originale è “ Psichiatria Forense “, *Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica*. Questo testo approvato dalla Società Italiana di Psichiatria e dalla Società Italiana di Psichiatria Forense allo stato attuale, in attesa di linee guida specifiche, previste per legge ma non ancora attuate, rappresenta a termini di legge (Gelli-Bianco n. 43/ 2017, art. 590 sexies c.p.) valido parametro di riferimento per l'accertamento della responsabilità in ambito di attività psichiatrica.

Bibliografia

- 1) Fiori A. (1999), *Medicina Legale della Responsabilità Medica*. Giuffrè, Milano
- 2) Fornari U. (2018), *Trattato di Psichiatria Forense*. Utet, Torino.
- 3) Bandini T, Rocca G. (2010), *Fondamenti di Psicopatologia Forense*. Giuffrè, Milano.
- 4) Nivoli G, Loretto L, Milia P., Nivoli A.M.A. (2019), *Psichiatria Forense. Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica*. Piccin, Padova.

La perizia psichiatrica penale sulla capacità di intendere e/o di volere : i contenuti clinici e forensi indispensabili, i criteri per la sua valutazione, i suoi obiettivi forensi e clinici

Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense

Obiettivi della presente proposta di *contenuti e valutazione* della perizia/consulenza, in materia penale, in tema capacità di intendere e/o di volere sono i seguenti:

- a. *Rispondere ai quesiti posti dal Magistrato come richiede l'attuale cornice normativa* (artt. 88, 89, 133, 203 c.p.; 70-73, 275, 286, 286 bis, 299 c.p.p. ed il diritto di richiedere e di rispondere al seguente quesito: “*Informazioni psichiatriche ed indicazioni di cura utili ai fini di giustizia*”).
- b. *Offrire alla valutazione del Magistrato, secondo pertinenza e competenza dello psichiatra, tutte le informazioni psichiatriche ed indicazioni di cura, fattibili, concrete e contestualizzate, utili ai fini di giustizia* (“*cosa fare*” a livello di trattamento psichiatrico, “*dove farlo*”, “*da chi deve essere fatto*”, come è stato “*condiviso*” nell'inquadramento diagnostico e nei progetti trattamentali , tra “*chi scrive la perizia*” e “*chi avrà in cura*” il periziando).
- c. *Essere un documento medico psichiatrico, concretamente usufruibile e valutabile ai fini della beneficiabilità del periziato, da tutti gli operatori che avranno in cura e custodia il periziando* (essere operativamente allegato alla cartella clinica perché i vari operatori possano essere informati su “*cosa il soggetto ha fatto*” e “*come lo ha fatto*”, nell'attualità ed in passato; quale era il suo “*esame psichiatrico clinico al momento dell'esame peritale*” ed “*esame psichiatrico forense peritale al momento ed in relazione al fatto*”). La perizia/consulenza assume, oltre l'offerta delle risposte forensi, anche il ruolo di documento medico psichiatrico. Contiene infatti elementi psichiatrici e forensi utili per formulare la riabilitazione ed il trattamento individualizzato come previsto per legge. Inoltre permette di porre in atto misure preventive generali in tema di sicurezza del periziato e di terze persone che partecipano alla sua gestione di cura e di custodia. Quanto precede è da interpretare anche nell'ottica clinica beneficiale del rispetto della *posizione di garanzia*, della *condivisione delle informazioni* e della *continuità di cura* (a livello diagnostico e terapeutico).
- d. *Costituire, nella metodologia prospettata e nella sua valutazione, un riferimento di buona pratica clinica condivisa secondo la legge Gelli Bianco n. 43/2017 art, 590 sexies c.p.* (Il consenso espresso da Società Scientifiche riconosciute, Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana di Psichiatria Forense, sulle modalità per migliorare la qualità di un elaborato peritale ed evitare che ogni perito

e consulente “*faccia e scriva quello che vuole*” senza il rispetto di una metodologia clinica e forense condivisa e normata a termine di legge).

Nelle pagine che seguono saranno trattati i seguenti temi :

- a. Le variabili cliniche e forensi minimali che debbono essere presenti in un elaborato peritale
- b. La specificazione dei quesiti posti dal magistrato ed i contenuti delle risposte del perito/consulente
- c. I criteri di valutazione di un elaborato peritale
- d. Una nuova concezione culturale dell'elaborato peritale basata sugli aggiornamenti scientifici applicabili al mondo forense e sulla eliminazione di pregiudizi errati

Variabili cliniche e forensi

Sono prospettate le *variabili cliniche e forensi minime* che debbono essere valutate per conferire validità metodologica all'elaborato peritale. In particolare è messa in luce:

- a. La loro importanza clinica e forense
- b. Le specifiche variabili da riportare nell'elaborato peritale
- c. Gli errori, corredati da esemplificazione con casi clinici, che possono derivare da una mancata osservanza di detta procedura

1. I fatti per cui si procede

La descrizione dei fatti per cui si procede presenta una **importanza forense** perché la sua conoscenza permette di:

- a. *Valutare* e soprattutto di *motivare* la presenza o meno del *nesso causale* con un eventuale disturbo psichico: variabile indispensabile non solo per la *valutazione forense* ma anche per i *provvedimenti terapeutici*.
- b. Comprendere la nascita, l'evolversi e le manifestazioni dell'atto contrario alla legge fornendo elementi utili alla sua *comprensione, trattamento e prevenzione*.
- c. Raccogliere le informazioni cliniche in tema di *vittimologia* utili non solo alla comprensione, valutazione e prevenzione dell'agito ma anche alla formulazione dei progetti riabilitativi previsti per legge.
- d. Permettere a tutte le persone che avranno in custodia od in cura il soggetto di essere informate su *cosa il soggetto ha compiuto e come lo ha compiuto*. Concretamente l'elaborato peritale è l'unico documento che può essere a disposizione immediata dei custodi e dei curanti per le *informazioni adeguate* sul fatto.

La descrizione dei fatti per cui si procede deve essere attuata secondo la seguente **metodologia forense**:

- a. *Essere il più obiettiva, approfondita e dettagliata possibile* (descrizione di meccaniche esecutive del reato corredate da dati autoptici quando possibile, di comportamenti nelle immediatezze del fatto; del riporto di parole, frasi, prima, durante e dopo il fatto; etc);
- b. *Contenere informazioni specifiche vittimologiche* (specificare a mezzo del colloquio con la vittima quando possibile e previa autorizzazione del magistrato o quando non possibile attraverso il colloquio col periziando ed i documenti processuali: tipologia ed evoluzione del rapporto, percepito dei fattori scatenanti, consapevolezza del danno alla vittima, comportamenti e vissuti di riparazione, etc (5);
- c. *Provenire da varie fonti indipendenti dal periziando* (imputazioni, sommarie informazioni testimoniali, rapporti di autorità, testimoni, etc) ed essere riportata in perizia in modo obiettivo senza parti mancanti o solamente con interpretazioni personali;

- d. *Provenire dal periziando* sia dal colloquio peritale sia anamnesticamente, in ordine cronologico, da tutte le precedenti narrazioni che il soggetto ha fornito dei fatti per cui si procede (“*anamnesi cronologica delle confessioni*”). Queste ultime debbono essere riportate integralmente.

Non riportare la descrizione dei fatti per cui si procede può essere motivo di **errori metodologici**:

- a. *Non motivare il nesso causale* privando l’elaborato peritale di una indispensabile documentazione dettagliata ed obiettiva concernente il fatto e la sua valutazione.
- *Caso clinico. Il soggetto procura gravi lesioni alla integrità fisica dei vecchi genitori perché è solito picchiarli se non gli danno i soldi per acquistare la droga o gli abiti firmati da celebri stilisti di moda. Questo fatto non richiede la stessa valutazione se lo stesso soggetto ha procurato le stesse lesioni ai vecchi genitori nel corso di uno scompenso psicotico delirante in cui, terrorizzato e confuso cercava di gettarsi dalla finestra per sfuggire a percepiti persecutori inesistenti. In questa seconda eventualità ha procurato involontariamente le lesioni ai genitori perché questi hanno cercato di impedirgli di suicidarsi gettandosi dalla finestra.*
- b. Essere accusati secondo il principio del “*non scritto*” uguale a “*non fatto*”, e cioè di non aver valutato l’obiettività del fatto come prevede una corretta metodologia forense. Sarà non agevole dimostrare in tribunale che la valutazione del fatto “*è stata fatta*” ma “*non documentata*”.
- c. Non comprendere il progressivo variare delle *autolegittimazioni* (come l’interessato *giustifica l’agito*) dell’atto e privarsi della confessione della *motivazione all’atto* (perché ha *agito*).
- *Caso clinico. Soggetto di sesso femminile uccide il marito mentre sta dormendo fracassandogli il cranio. Nel verbale dei carabinieri la donna confessa, nella immediatezza del fatto, di averlo ucciso perché “mi tradiva con la vicina di casa”. Nel verbale di testimoni sono riportate precedenti scenate violente di gelosia della donna nei confronti del marito. Nel corso della perizia, dopo che la donna aveva parlato più volte con il religioso del carcere, afferma al perito “non ho niente da dire...è la Madonna che mi ha ordinato di fare quello che ho fatto...”.*
- d. Non descrivere il fatto ma solo descrivere il disturbo psichico può essere, in modo a tutti manifesto, alla base di numerosi errori metodologici quali una *pregiudiziale concausalizzazione o causalizzazione del disturbo psichico, un mascheramento della diagnosi, una contaminazione pregiudiziale*, etc. (6).
- *Caso clinico. un paziente uccide la dottoressa da cui è in cura ma prima di ucciderla dice all’infermiere “tu esci dalla stanza... non ti voglio uccidere...tu mi hai sempre trattato bene...è la dottoressa che mi tratta male...non mi vuole firmare i documenti per avere la pensione...” Al perito dirà: “... ero molto malato e non capivo quello che stavo facendo in quella stanza...”.*
- e. Non riportare i fatti e la loro valutazione significa non fornire indispensabili informazioni al personale medico e paramedico, in tema di indirizzi riabilitativi e di tutela all’integrità fisica del personale di custodia e di cura e degli altri pazienti. In concreto è assai difficile per quest’ultimi venire in possesso dei documenti che riguardano, con completezza, i fatti per cui si procede (in particolare quando la perizia è stata conferita in tribunali di altre regioni; le ordinanze in tema di misure di sicurezza non rispondono a questo scopo documentale; sono presenti problemi amministrativi, conflitti di competenze, lunghezze burocratiche sino ad una reale impossibilità per ottenere la documentazione contenuta nel fascicolo giudiziario; etc).
- *Caso clinico. Soggetto con diagnosi di schizofrenia è imputato di omicidio nei confronti di un religioso che, a suo dire, lo ha violentato sessualmente. Nella istituzione psichiatrica è lasciato solo, nella sua stanza, con un altro religioso che aggredisce fisicamente. Gli operatori della salute mentale affermano “...sulla perizia c’era scritto solo “art 575 c.p.” ed il paziente ci ha detto “ ho ucciso un amico che mi ha violentato” ... “ non avevamo altre informazioni... non potevamo prevedere...”.*
- f. *Privare l’elaborato peritale della comprensione e valutazione approfondita del fatto per cui si procede* (“*assessment “del fatto reato*”).
- Obiettivo più facilmente raggiungibile attraverso le informazioni su *modus operandi* (modalità tecniche esecutive e loro progressivo apprendimento funzionale); *signature* (firma specifica dell’aggressore); *staging* (messa in scena); *personation* (personificazione attraverso fantasie, immaginari, etc); *undoing* (manifestazioni di affetto nei confronti della vittima e tentativo di occultare il rimorso); *overkill* (violenza oltre il necessario per uccidere); etc (6)

- g. *Privare l'elaborato peritale delle informazioni vittimologiche utili alla comprensione e la valutazione approfondita del fatto per cui si procede e delle informazioni cliniche utili alla elaborazione degli interventi riabilitativi e preventivi.*
- Le informazioni sulla vittima possono concernere: *la tipologia* (vittima latente, per vocazione, immaginaria, che simula, che dissimula, etc); *il ruolo* (precipitante, recidiva, intermittente, consenziente, negligente, volontaria, sacrificale, bloccata, etc); *l'interscambialità del ruolo* (da criminale a vittima, da vittima a criminale, criminale e vittima contemporaneamente, etc); *gli schemi comportamentali tra vittima ed aggressore* (dominante e succube, reciprocamente maltrattante, tiranno familiare e familiari, etc); *le reazioni emotive e comportamentali della vittima verso l'aggressore* (minimizzazione, compartimentalizzazione, formazione illusoria, comportamento attivo anticipatorio, regressione, desideri di punizione, etc); *reazioni emotive e comportamentali dell'aggressore nei confronti della vittima* (disumanizzazione, valorizzazione, intimidazione, proiezione massiva delle intenzioni, proiezione della condanna morale, negazione della responsabilità, identificazione proiettiva, dissonanza cognitiva, spostamento della reazione emotiva, etc), (5).

2. Il curriculum criminale

La descrizione del curriculum criminale presenta una **importanza forense** perché:

- a. Permette di stabilire una *egosintonia od egodistonia* con lo stile di vita del periziando, col fatto per cui si procede e di stabilire l'eventuale *causalità giuridica* anche in tema di *quid novi e quid pluris* in caso di presenza del disturbo psichico.
- b. Permette di tracciare la nascita e l'evolversi di *specifiche carriere criminali* e la messa in luce di *specifiche traiettorie di comportamenti contrari alla legge* che implicano specifiche indicazioni in tema di valutazione forense della capacità di intendere e/o di volere e di piani di riabilitazione terapeutica individualizzati.
- c. Permette di valutare ai fini forensi e riabilitativi *le differenze* tra l'obiettività del curriculum criminale, contenuta nel casellario giudiziale, ed il racconto dello stesso da parte del periziando al perito. Possono emergere da questo confronto importanti informazioni cliniche in tema di *consapevolezza del proprio stato psichico, consapevolezza del proprio comportamento violento sulle persone, sentimenti di riparazione, vissuti di colpa, capacità manipolatorie, tipologie del mendacio, tecniche simulatorie e dissimulatorie, etc.*

La descrizione del curriculum criminale deve essere attuata secondo la seguente **metodologia forense**:

- a. Obiettivamente riportata così come compare nel *casellario giudiziale*
- b. Obiettivamente riportata come può essere segnalata da *altri documenti nel fascicolo giudiziario*
- c. Riportata secondo il *racconto libero* (spontaneo) e *stimolato* (con domande specifiche) narrato dal periziando al perito

Non riportare la descrizione del curriculum criminale e della sua valutazione può essere motivo di **errori metodologici**:

- a. Favorire indebite *psichiatrizzazioni e deresponsabilizzazioni* dell'autore di reato attraverso nessi causali inesistenti con un disturbo psichico in soggetti criminali senza un reale disturbo psichico o con disturbo psichico ma non in nesso causale col fatto specifico per cui si procede.
 - *Caso clinico. Un soggetto con diagnosi di schizofrenia percuote a sangue il vecchio padre e poi afferma: "Non mi era mai successo di picchiare mio padre.. stavo molto male fisicamente ed ero confuso... sono schizofrenico...sono in cura con tanti farmaci che non mi fanno capire quello che faccio...". Esaminando il suo curriculum criminale risultano altre sei aggressioni al padre per futili motivi (non comprava i liquori e le sigarette che richiedeva in continuazione, lo rimproverava perchè disturbava i vicini di casa nel corso della notte con la musica a tutto volume, rifiutava di consegnargli le chiavi dell'auto quando le richiedeva ed era ubriaco, etc).*

- b. Non comprendere "lo stile di vita" del soggetto e non saper applicare le valutazioni forensi ed i suggerimenti riabilitativi in tema di "carriere" e "traiettorie criminali", della valutazione del *quid novi* e *quid pluris*, della "attendibilità", della differenza tra "motivazione" ed "autolegittimazione" nel riferire i fatti da parte del soggetto e della "percezione del suo agire" contrario alla legge e dei suoi "rapporti emotivi con le vittime"; etc
- *Caso clinico. Soggetto con diagnosi di schizofrenia e deliri uccide due persone e dice la perito: "non mi lasciavano vivere... mi perseguitavano...io sono molto malato ..."* Approfondendo le sue specifiche traiettorie di violenza perpetrate nel suo paese di residenza emerge dal suo curriculum giudiziario che era solito consumare bevande alcoliche nei bar senza pagare e nel caso di rifiuto di servirgli la consumazione danneggiare il locale, rompeva i vetri alle macchine dei proprietari che rifiutavano di offrirgli le sigarette, era solito vendicarsi con lesioni personali su quelli che lo deridevano per i suoi occhi strabici. Le due persone uccise lo avevano deriso in pubblico per gli occhi strabici ed il soggetto sempre in pubblico aveva proferito nei loro confronti chiare minacce "mi vendicherò uccidendovi...".

3. L'anamnesi psichiatrica

La raccolta dell'anamnesi psichiatrica presenta una **importanza forense** perché:

- Permette di *motivare la fondatezza della diagnosi e terapia*, inizialmente in *senso clinico* e successivamente in *senso forense utili per la motivazione del parere peritale*.
- Permette di mettere in luce *persone e luoghi di riferimento* del periziando, precedenti interventi farmacologici o psicologici, psicoterapeutici o riabilitativi e le conseguenti risposte ai trattamenti, utili in relazione ai vari piani di trattamento riabilitativo individualizzato.

La raccolta dell'anamnesi psichiatrica deve essere attuata secondo la seguente **metodologia forense**:

- Riportata secondo un *criterio cronologico* attraverso la documentazione obiettiva delle varie cure come appare dai documenti medici agli atti o da consultazioni di atti medici e di persone non presenti agli atti (previa autorizzazione del magistrato). In particolare deve essere riportata la *cronologia delle diagnosi psichiatriche* con la loro giustificazione clinica.
- Corredata da *precise indicazioni per reperire* le figure significative attuali e luoghi di riferimento per poter formulare piani di riabilitazione o di trattamento circostanziati allo specifico soggetto.

La mancata o inadeguata raccolta dell'anamnesi psichiatrica può essere motivo di **errori metodologici**:

- Errata diagnosi psichiatrica clinica.
 - *Caso clinico. Madre uccide il figlio Il perito psichiatra formula diagnosi di grave depressione prima, durante e dopo il fatto. Una attenta anamnesi psichiatrica personale e familiare degli psichiatri curanti ha messo in luce che la donna non ha mai sofferto di depressione prima del fatto e che l'attuale reazione depressiva, di lieve entità, è legata alla sua permanenza in carcere.*
- Assenza di informazioni per l'elaborazione di indicazioni di cura e per l'offerta di informazioni psichiatriche utili ai fini dell'art 133 e 203 c.p.; etc.
 - *Caso clinico. Nella anamnesi psichiatrica non è riportato il fatto che il soggetto ricoverato ha un delirio di persecuzione e profondo rancore per motivi economici in persona della sorella che in più occasioni ha aggredito fisicamente. E' formulato un piano di riabilitazione trattamentale individualizzato in cui la sorella è la persona significativa di riferimento per il paziente.*
- Non adeguata motivazione della valutazione forense al momento dei fatti in ambito della *diagnosi psichiatrica forense peritale*.

4. L'esame psichiatrico

L'esame psichiatrico presenta una **importanza forense** perché:

- Permette di valutare la *presenza od assenza del disturbo psichico*. Nel caso il disturbo psichico sia presente permette di formulare una diagnosi clinica indispensabile per la successiva valutazione forense.

- b. Permette di valutare, con informazioni adeguate, *lo stato di mente al momento ed in riferimento al fatto per cui si procede e la presenza od assenza di nesso causale*.

L'esame psichiatrico deve essere attuato secondo la seguente **metodologia forense**:

- a. Al momento del colloquio peritale (*diagnosi psichiatrica clinica*) circostanziato sullo specifico soggetto.
- b. Al momento ed in relazione ai fatti per cui si procede (*diagnosi psichiatrico forense peritale*) attraverso i mezzi disponibili (documentazione medica, testimonianze, deduzioni motivate sulla base della diagnosi psichiatrica clinica contestualizzata al caso in esame).

Il mancato od insufficiente esame psichiatrico clinico ed esame psichiatrico forense peritale può causare **errori metodologici**:

- a. *Confondere tra loro diagnosi clinica categoriale di disturbo psichico e la valutazione forense del funzionamento del disturbo psichico nel caso specifico per cui si procede.*
- Esempio di questa tipologia di confusione:
 1. *La descrizione diagnostica generale di un disturbo psichico (schizofrenia)*
 2. *La descrizione approfondita e specificata del disturbo psichico (schizofrenia di tipo paranoide, con lieve insufficienza mentale, deliri strutturati a contenuto persecutorio con scarsa partecipazione affettiva e comportamentale)*
 3. *La descrizione del disturbo psichico come è vissuta e gestita dal caso clinico in oggetto (soggetto con caratteristiche 1) e 2) che nel quotidiano è in grado di svolgere un lavoro dipendente con continuità, gestire il ruolo familiare di marito e padre di un figlio, occuparsi attivamente nel tempo libero del passatempo sportivo della pesca che pratica in socialità, esercitare con adeguatezza e profitto economico l'attività antiggiuridica di ricettatore di materiale elettronico, etc).*

Da quanto precede discende che se un soggetto presenta la diagnosi di schizofrenia non è sufficiente riportare (seppur corredata da moltissime pagine ricopiate da manuali) le caratteristiche cliniche della schizofrenia in generale o della specifica tipologia di schizofrenia di cui soffre il soggetto ma di come la schizofrenia si presenta ed è *soggettivamente vissuta e socialmente gestita* nella sua *influenza sul suo funzionamento di vita generale* (2) nel caso specifico in esame (*contestualizzazione del caso clinico*).

- b. Fare una valutazione forense generale e teorica che non sia *attuale e concreta al momento dei fatti ed in relazione ai fatti e contestualizzata al caso specifico*.
- c. *Confondere la descrizione di un comportamento con una diagnosi psichiatrica*. Ad esempio la descrizione del disturbo antisociale di personalità (DSM 5) è facilmente sovrapponibile (nelle sue gradazioni di *tratto, stile, disturbo*) alla descrizione di un comune e diffuso comportamento criminale senza alcun disturbo psichico. Il manuale sottolinea questa possibilità di confusione diagnostica ma non offre criteri validi, nel caso specifico, per differenziare la gravità della *carriera criminale* senza disturbo psichico dalla *gravità clinica* di un disturbo psichico e non tratta, perché non è suo obiettivo, queste informazioni alla luce del concetto forense di *infermità psichica*: concetto indispensabile per la valutazione della capacità di intendere e/o di volere.
- Concentrando l'attenzione sul solo aspetto descrittivo clinico e solo sulla base dello specifico manuale citato (esistono molti altri manuali per la classificazione dei disturbi psichici: ICD 10, PDM, RDoC, HiTOP, TPS, NGM, PRISM, etc) è da rilevare *l'estrema genericità della definizione clinica del disturbo antisociale di personalità* precedentemente citata dal DSM 5tm. Sono descritti sette criteri diagnostici e tra questi ne sono necessari solo tre per formulare la diagnosi (3/7) quindi sono descritte 35 tipologie di comportamenti differenti. Esaminando poi i singoli criteri si può rilevare che molti offrono possibilità diverse portando quindi i criteri iniziali da 7 a circa 23 criteri finali sempre con diagnosi di tre su ventitre (3/23) e cioè sono descritte in conclusione 1771 tipologie di comportamenti differenti che possono giustificare a livello clinico una diagnosi di disturbo antisociale di personalità. Quanto precede alla luce, sempre citando lo stesso manuale, di una *difficile e complessa diagnosi differenziale* per la comunanza di stesse caratteristiche cliniche del disturbo antisociale di personalità con le definizioni cliniche di altri numerosi

disturbi di personalità (borderline, narcisistica, evitante, paranoide, schizoide, schizotipica, etc).

d. Diagnosticare sintomi senza una adeguata motivazione clinica (*non motivare il proprio parere peritale*).

- *Caso clinico. La diagnosi di delirio, in un elaborato peritale, deve essere correttamente motivata nella sua tipologia (intuizione, percezione, stato d'animo, etc); nei suoi contenuti specifici come riferiti dal soggetto (persecuzione, grandezza, influenzamento, etc); nella sua diagnosi differenziale (linguaggio simbolico, idea prevalente, paure naturali universali, credenze condivise, credenze fantastiche, etc); nel grado di partecipazione emotiva (attraverso una scala di gradualità che varia dall'assenza alla partecipazione emotivamente più manifesta con passaggi all'atto); nella suoi legami psicopatologici (in soggetti con schizofrenia, disturbo dell'umore, depressione, demenza, intossicazione, etc), etc.*

e. Effettuare lunghi elenchi di sintomi non correlati con documentazione clinica del caso specifico (la perizia non è un "parere" ma un "parere motivato").

- *Caso clinico. Giovane soggetto, in cura con diagnosi di schizofrenia, due precedenti ricoveri in Servizio di Diagnosi e Cura, percuote selvaggiamente la madre per ottenere i soldi per comprarsi la droga. E' recidivo in questo comportamento violento finalizzato e strumentale ad ottenere benefici illeciti. La madre, che lo difende, presenta una consulenza di parte che prospetta una infermità totale a causa della psicosi schizofrenica. Il perito di fronte alla difficoltà di dichiararlo capace di intendere e/o di volere e di affrontare l'agguerrita difesa con un valente avvocato ed un combattivo consulente di parte e le possibili perplessità dei giudicanti accetta e convalida lo scritto del consulente di parte. " Dichiararlo sano di mente sarebbe stato cercarmi delle grane infinite con tutti".*

In numerosi casi analoghi periti e consulenti rispondono ai quesiti con "una litania ingiustificata" sotto il profilo scientifico di un "pacchetto preconfezionato" di numerosi sintomi generici od "ingigantiti od inventati dallo scrivente" e non presenti nei manuali e "non documentati", "frettolosamente confezionati in serie" (aspetti deliranti, verosimili stati allucinatori, tendenze borderline, impulsività patologica, grave discontrollo emotivo, etc) che hanno lo scopo di giustificare, soprattutto con un *pregiudizio di conferma* (cercare e prestare attenzione solo alle informazioni che confermano il proprio pregiudizio), la "pretesa ed accomodante" presenza di un disturbo psichico. Si tratta delle perizie conosciute come perizie "cinque minuti" nell'elaborarla, "tutti contenti" nella presentazione in tribunale e poi " tutti nei guai" quando si debbono affrontare i problemi di trattamento di criminali imputabili contrabbandati come non imputabili e quindi affidati a cure psichiatriche non scientificamente giustificate. Queste perizie e consulenze (6) creano gravi problemi di liste di attesa nelle istituzioni psichiatriche, sperequazioni di risorse psichiatriche a danno di soggetti realmente bisognosi, episodi di criminalità in istituzioni ad *alta intensità di cura*. Questi problemi sono particolarmente gravi quando questi soggetti sono inviati nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), ove ci dovrebbero essere in *extrema ratio*, come prescrive la legge, solo pazienti con gravi disturbi psichici e non criminali comuni senza disturbi psichici o con disturbi psichici non penalmente rilevanti, etc.

f. *sostituire l'esame psichiatrico con altri esami. L'esame psichiatrico clinico è indispensabile in un elaborato peritale.*

- Se i consulenti richiedono altri esami aggiuntivi (testometrici, diagnostica per immagine, genetici, ormonali, etc) debbono farlo per iscritto motivando la richiesta. Il perito riporterà la richiesta e la sua risposta di accettazione o di rifiuto motivata, in qualità di *custode del sapere scientifico*, nel verbale di resoconto della metodologia peritale ed alla attenzione del Magistrato. Sarà il magistrato a decidere in merito, in qualità di *custode del metodo scientifico*. E' da rilevare che la richiesta di esami supplementari, a prescindere dalle più dotte e sofisticate giustificazioni, può essere motivata dall'affannosa *ricerca di un Jolly diagnostico (2)* che la difesa cerca di trovare e di utilizzare od una semplice strategia per allungare la tempistica del processo o per giustificare un esoso onorario del consulente di parte.

5. Il nesso causale

Il nesso causale tra disturbo psichico e fatti per cui si procede presenta una **importanza forense** perché:

- a. Permette di rispondere al quesito fondamentale che è formulato in tema di capacità di intendere e/o di volere al momento ed in relazione al fatto per cui si procede;
- b. Permette di rispettare il *principio psichiatrico forense fondamentale* che un soggetto può essere portatore di un disturbo psichico anche grave ma questo disturbo può non essere in relazione e cioè in nesso causale col fatto per cui si procede. Se così non fosse non ci sarebbe bisogno di fare le perizie (sarebbe sufficiente una diagnosi psichiatrica); si darebbe una *“patente di impunità”*, *“un buono pregiudiziale di sconto pena universale”* a tutte le persone con disturbo psichico (potrebbero uccidere, violentare, torturare, rubare e poi giustificarsi *“non sono imputabile e non sono rimproverabile per legge perché ho un disturbo psichico”*); etc. Inoltre come conseguenza del ragionamento che vede il disturbo psichico sempre e comunque correlato in nesso causale con il fatto reato, si potrebbe presentare la possibilità che tutte le persone affette da un disturbo psichico dovessero, per esempio, usufruire di un tutore legale per le attività della vita quotidiana perché definite, a priori, non capaci di intendere e di volere o mai aspirare ad un *“diritto di cittadinanza”* sovrapponibile a quello di tutti i cittadini.

La valutazione del nesso causale tra disturbo psichico e fatto per cui si procede deve essere attuata secondo la seguente **metodologia forense**:

- a. Essere formulata attraverso specifiche metodologie forensi in tema di teorie della *causalità giuridica* (condizionalistica, sussunzione sotto leggi, causalità adeguata, imputazione obiettiva dell'evento, etc) con un esame dei criteri più accreditati della valutazione delle concause (preesistenti, simultanee, sopravvenute; sufficienti, insufficienti; etc) (1-3,6). Concretamente i criteri per la valutazione della infermità mentale in nesso causale col fatto per cui si procede che prevedono una capacità di intendere e/o di volere totalmente esclusa sono descritti e corredati da esempi clinici esplicativi, *sotto la forma di prototipi*, nelle buone pratiche cliniche assistenziali, anche in ambito peritale, approvate dalla Società Italiana di Psichiatria e dalla Società Italiana di Psichiatria Forense (6) . Si tratta comunque di documento di lavoro perfezionabile che non può essere interpretato senza una valutazione di tutte le criticità inerenti alla elaborazione di una perizia o consulenza psichiatrica.
- b. Essere documentata nell'elaborato peritale attraverso la valutazione delle varie *motivazioni (perché ha agito)*, da non confondere con le *autolegittimazioni (come l'interessato giustifica l'agito)* alla base del compimento del fatto contro legge. Concretamente la valutazione non deve essere solo limitata al disturbo psichico ma anche alle emozioni e passioni, alla ricerca di benefici, privilegi, denaro, sesso, stato sociale, ideologie sociali, sottoculture criminali, etc. In altri termini a tutte le numerose e variegate motivazioni legate a fattori *psicologici* e *sociali* alla base del comportamento criminale (4).

La mancata motivazione forense del nesso causale (sottolineamo ancora, a causa dell'estrema difficoltà emotiva e pregiudiziale personale per molti protagonisti che elaborano e valutano le perizie e consulenze (6) che non è sufficiente essere clinicamente affetti da un grave disturbo mentale per essere dichiarati con capacità di intendere e /o di volere grandemente scemata o totalmente esclusa) può portare a numerosi **errori metodologici** nell'elaborato peritale.

- a. *La confusione tra psichiatria clinica e psichiatria forense* . Si tratta di due discipline con metodologie e finalità diverse.
 - *Caso clinico. Un soggetto che manifesta la sua gelosia nei confronti della partner controllando il suo telefonino, la sua carta di credito, impedendogli di frequentare i compagni di lavoro, intervenendo con intrusività sul modo di vestirsi e di truccarsi il volto, accusandola in privato ed in pubblico di voler sedurre tutte le persone del sesso opposto, etc sotto il profilo clinico può presentare una “gelosia patologica”. Questa diagnosi clinica potrebbe influire, per chi è digiuno di metodologia forense, in virtù della sua definizione clinica come “patologica”, sulla sua capacità di intendere e / o di volere. Sotto il profilo forense questo soggetto,(come descritto e quindi senza aggiunta di altre variabili cliniche e forensi), non è che una persona che gestisce l'emozione della gelosia in modo egoista, dominante, appropriativo, aggressivo non solo capace di intendere e/o di volere (art 90 c.p.) ma passibile di un aumento di pena quale aggravante legata alla motivazione eticamente e socialmente a cattiva visibilità e grande rimproverabilità secondo principi pedagogici di dominio delle emozioni e passioni , di reciproca rispettosa convivenza, di difesa sociale delle persone deboli e fragili, etc contenuti nelle finalità del diritto.*

- b. *Il pregiudizio errato che la psichiatria forense non tenga conto della diagnostica più sensibile e più approfondita della psichiatria clinica.* A precisazione di quanto precede è possibile sottolineare che la psichiatria forense non afferma che una persona che uccide, in un contesto di reato, è uguale ad una persona che, nel stesso contesto, non uccide. Qualsiasi psichiatra, anche non eccelso clinico, è in grado trovare decine di variabili cliniche (impulsività, narcisismo maligno, intolleranza alla frustrazione, scarsa empatia, aggressività sadica di controllo, tendenze antisociali, etc) che differenziano, nell'esempio che precede, "chi uccide" da "chi non uccide". La psichiatria forense non nega queste miriadi di differenze cliniche. Sempre per restare al caso specifico di "chi uccide" la psichiatria forense non nega o minimizza il fatto che il soggetto possa presentare *sintomi ad alto impatto emotivo e grande validità scientifica* (deliri, allucinazioni, etc), tribolanti e bizzarre *visioni del mondo* (la visione astenica, apatica, anedonica nella depressione; grandiosa , onnipotente nello stato maniaco; strana, bizzarra, inusuale nella schizofrenia; proiettiva persecutoria nei disturbi paranoici; etc), la soglia più sensibile e sofisticata oltre la quale scatta la definizione di *patologia clinica* (l'aggressività, la impulsività, la rabbia, la gelosia, etc possono sempre assumere, nel giudizio del singolo, il valore clinico patologico di malattia, di disturbo psichiatrico con indicazioni o necessità di cura) etc. La psichiatria forense , sempre nel caso di "chi uccide" deve rispondere anche e soprattutto al quesito se la persona nel momento in cui ha compiuto quello specifico omicidio, e *non altri comportamenti*, si rendeva conto, sulla base di criteri stabiliti dal diritto (concezione della **infermità secondo il diritto**) e non solo dalla psichiatria clinica, che stava uccidendo un'altra persona e che aveva sempre sulla base dei criteri stabiliti dal diritto (concezione del **libero arbitrio secondo il diritto**) la volontà di farlo. Quanto precede, a prescindere da tutte le possibili interpretazioni (filosofiche, biologiche, sociali, etiche, etc) in merito alla capacità di intendere e /o di volere (6). Quanto precede è chiaramente diverso, come metodologia di indagine e finalità, da tutte le valutazioni cliniche generali in tema di lodevole ed ammirabile sensibilità diagnostica ai sintomi, soprattutto a quelli più eclatanti che da soli possono trascinare, in particolare nei profani della psichiatria, il giudizio di malattia mentale; da tutte le profondità e le acutezze cliniche descrittive di differenti visioni del mondo nelle variegate e numerose psicopatologie degli umani; da tutta l' estrema variabilità e discrezionalità delle soglie di definizione di normalità e di patologia clinica per le comuni esperienze umane; etc. La psichiatria forense afferma che una persona che uccide per essere giudicata con capacità di intendere e/o di volere totalmente esclusa o grandemente scemata deve presentare **specifiche caratteristiche forensi, legate al diritto (infermità secondo il diritto e libero arbitrio secondo il diritto), e non solo cliniche legate alla psichiatria clinica.** Ignorare queste caratteristiche forensi (1-3,6) lascia inalterato il diritto di "parlare e scrivere di *psichiatria clinica*" (o di altre interessanti e valide discipline del sapere) ma non autorizza "a parlare e scrivere di *psichiatria forense*" soprattutto in relazione al concetto forense di *nesso causale*.
- c. *La confusione tra valutazione forense della "infermità" e la "diagnosi psichiatrica clinica".* Sotto il profilo psichiatrico forense la capacità di intendere e/o di volere è legata al concetto giuridico di *infermità*. Quest'ultima consiste in alterazioni psichiche (*stato di mente*) che possono derivare da condizioni mediche, neurologiche, traumatiche, psichiatriche, etc che per la loro rilevanza, gravità, intensità, durata, etc (*tale da*) possono influire sulla capacità di intendere e/o di volere (*al momento ed in relazione ad un fatto specifico per cui si procede*). In questo senso, ad esempio i *disturbi di personalità* (come numerosi altri disturbi psichici, numerose malattie neurologiche, numerose sequele di traumi cranici, numerose affezioni mediche, numerosi stati di sofferenza cerebrale organica con , ad esempio, ipossia ed iperazotemia con alterazioni della coscienza e della forma e contenuto del pensiero, etc) debbono essere *valutati con le stesse regole* alla base della *gerarchia delle fonti del diritto* in tema di imputabilità e dei criteri forensi condivisi alla base del concetto giuridico di *infermità*. La *diagnosi psichiatrica clinica* ha metodologie e finalità diverse dalla *valutazione forense della infermità* (1-3,6).
- d. *Confusione tra eziologia clinica e causalità giuridica.* Il concetto di *eziologia clinica* è molto ampio e possibilistico e spazia anche a livello concettuale dal biologico, psicologico, psichiatrico, culturale, sotto culturale, sociale, etc comprendendo anche *ipotesi cliniche di ricerca*. Il concetto di *causalità giuridica* è differente in penale ed in civile, richiede metodologie d'indagine specifiche del diritto (1-3,6) che lo rendono molto più limitato, non meramente possibilistico in astratto e non legato ad

ipotesi cliniche di ricerca ma a *evidenze cliniche condivise* (6). Ad esempio l'*eziologia clinica* della schizofrenia può occupare pagine e pagine in qualsiasi trattato di psichiatria ed accentra una grande quantità di ricerche e pubblicazioni scientifiche su varie riviste nazionali ed internazionali mentre invece una *causalità giuridica* della schizofrenia, a livello giurisprudenziale, è concretamente quasi assente.

e. *Nesso causale ed assenza di informazioni scientifiche cliniche e forensi di aggiornamento.* Il mancato o carente aggiornamento scientifico (anche nelle forme di "permanenza nella zona di conforto" di "resistenza difensiva" o di "cecità al cambiamento"), soprattutto se corredato a pregiudizi, può portare ad una "ipersemplificazione errata" del nesso causale. In linea generale è possibile affermare che per un elaborato peritale valido: "non è sufficiente conoscere un po' di psichiatria teorica ed un po' di metodologia forense, di tanti anni or sono, ma bisogna conoscere la psichiatria nei suoi aspetti teorici e concreti assistenziali in modo sufficiente ed aggiornato e tutti i principi fondamentali della metodologia psichiatrico-forense in modo sufficiente ed aggiornato" (6).

- *Caso clinico. Il delirio a contenuto di persecuzione non è sempre legato in modo diretto con un comportamento anti-giuridico. Esistono variabili intermedie con valore di causalità giuridica (stile di vita criminale; emozioni come la rabbia, la vendetta, l'invidia, la gelosia, l'umiliazione, etc; tratti di psicopatia, di narcisismo maligno, etc; etc) che spiegano il dato obiettivo che solo una piccola minoranza di soggetti con delirio a contenuto persecutorio passano all'agito contro legge. Non conoscere le informazioni scientifiche di aggiornamento delle "variabili intermedie" in tema di delirio di persecuzione e non conoscere che una concausa sufficiente può interrompere il nesso causale ed assumere il ruolo causale giuridico può portare ad errate metodologie di valutazione del nesso causale.*

Anche in tema di numerosa altra sintomatologia psichiatrica (deliri a contenuto di gelosia, deliri a contenuto di nocimento, allucinazioni di comando, dinamiche psichiche legate al capro espiatorio, etc) è necessario conoscere le più aggiornate "informazioni scientifiche di riferimento" in ambito clinico e forense (6) per evitare errori in merito alla valutazione del nesso causale.

f. *La mancata valutazione della motivazione all'agire per pregiudizio professionale.* Numerosi elaborati peritali prendono in considerazione, per la valutazione del nesso causale, solo il disturbo psichico. Questi periti/consulenti sono noti in letteratura, a causa del loro pregiudizio, come generosi ed incoscienti "dispensatori di vizi di mente"(2). A questa tipologia peritale è da aggiungere, a livello di pregiudizio professionale, quella tipologia di psichiatri che rappresentano i "sacerdoti della psichiatrizzazione". In genere si tratta di colti e sensibili clinici e terapeuti, per i quali "tutto e tutti" diventano, sempre o con estrema facilità, di pertinenza e di competenza psichiatrica o terapeutica (la impulsività, la aggressività, la rabbia, la gelosia, etc diventano sempre, attraverso le più affascinanti e dotte disquisizioni, una grave malattia mentale, un grave disturbo psichico) (1-3, 6). Per queste tipologie di periti/consulenti e psichiatri vige ed è da loro applicato e diffuso culturalmente uno dei pregiudizi più errati e dannosi (sulla base dell'attuale sistema giuridico che presiede ad una pacifica convivenza sociale responsabilizzata) in tema di malattia mentale e criminalità: "l'autore di un delitto efferato è o deve essere per forza un malato di mente"(2).

g. *La mancata valutazione della motivazione all'agire per ignoranza scientifica.* In questo caso, integrabile con quanto precede, vale il principio clinico che spesso "si riconosce solo quello che si conosce". Concretamente se il perito/ consulente **ignora le motivazioni all'agire violento sulla persona non sarà in grado di riconoscerle e di diagnosticarle** (4, 6). Tra queste motivazioni possiamo ricordare quelle di *tipo psicodinamico* (sentimenti di grandiosità nel narcisismo, identificazione all'aggressore negli eventi traumatici ripetuti, atteggiamenti contro fobici a proiezioni persecutorie, triade nelle difese maniacali, etc); *psicologico* (teoria dei contenitori, dell'identità personale, dei ruoli, della interpretazione psico-ambientale, etc), *sociale* (teoria delle aree criminali, della disorganizzazione sociale, delle associazioni differenziali, delle identificazioni differenziali, etc); *culturale* (apprendimento della socializzazione e violentizzazione del comportamento, determinismo triadico reciproco, strategie di disimpegno morale, etc); *sotto-culturale* (carriera criminale, traiettorie criminali personalizzate, organizzazioni criminali, sottocultura della vendetta, etc); etc Questa ignoranza scientifica facilita pregiudizi soprattutto quando il disturbo psichico nel periziando è grave ed abbondantemente documentato sotto il profilo clinico. Questi elaborati non valutano, tutte le motivazioni altre che il disturbo psichico. Questi elaborati possono apparire "ciechi e sordi" a tutte quelle motivazioni universali all'agire

umano legate alle emozioni e passioni, denaro, sesso, richieste violente di ingiusti privilegi, acquisizione prevaricatoria e violenta di benefici materiali e sociali, etc (4,6). Si tratta di motivazioni a carattere *transnosografico* in tema di *normalità e patologia mentale a livello di valutazione clinica*, dei vari *disturbi psichici* e di tutte le varie *condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*. Concretamente, a livello forense, sono tutte motivazioni che possono essere in nesso causale con l'agito per cui si procede sia in assenza che in presenza di un disturbo psichico. In tema di emozioni e passioni, intese come i grandi motori dell'agire umano(6), (rabbia, amore, vendetta, umiliazione, gelosia, invidia, paura, etc.) questa valutazione può essere erroneamente del tutto ignorata. Soprattutto da chi ignora quali sono le emozioni e passioni, i loro aspetti qualitativi e quantitativi e quale è la loro importanza nell'agire umano (6) In altri casi l'emozione o passione può essere chiaramente descritta e poi ignorata a livello di valutazione finale del nesso causale.

- *Caso clinico. In un elaborato peritale si legge : "il soggetto ha ucciso per vendicarsi delle numerose offese ricevute...", "omicidio comprensibile alla luce di una fisiologica dinamica vendicativa da rabbia accumulata nel corso di anni..." e poi si conclude "si è trattato di un caso di narcisismo patologico che ha causato l'omicidio configurando una capacità di intendere e di volere totalmente esclusa..".*

La "**psichiatrizzazione delle esperienze umane normali**" soprattutto se devianti e criminali (6) conduce spesso il corso degli elaborati peritali *nell'unica, esclusiva e pregiudiziale direzione della ricerca del nesso causale con il disturbo psichico*.

Allo scopo di evitare questo grave errore metodologico di psichiatrizzazione é richiesto che nell'elaborato peritale compaia in modo chiaro l'esame di altre possibilità motivazionali oltre al disturbo psichico. Non documentare questa valutazione può equivalere al fatto di non averla fatta.

- h. *Nesso causale e conflitti psichici personali.* La valutazione del nesso causale può essere fatta basandosi non su criteri scientifici e forensi, ma su pregiudizi legati a specifici conflitti personali irrisolti, non sempre consapevoli, di chi valuta. Tra questi ricordiamo la personale concezione del *libero arbitrio*: dalla sua radicale assenza nei vari tipi di determinismo alla libertà assoluta ignorando la concezione giuridica e forense del libero arbitrio; l'adesione emotiva a determinismi biologici, psicologici o sociali ignorando che proprio la moltitudine delle informazioni necessarie e le loro interazioni conduce, a livello forense di causalità, ad una imprevedibilità; la reattività personale emotiva al reato in relazione alle proprie aree psicologiche di sicurezza personale non consapevoli; la tendenza ad identificarsi a chi giudica assolve o punisce, a chi cura e guarisce; il proprio buon senso ed una pretesa saggezza personale vissute in modo acritico e reattivamente onnipotente alla propria impotenza; la fiducia narcisistica maligna acritica nella conoscenza personale dei "veri" valori di vita; la razionalizzazione non consapevole di quanto precede attraverso la pretestazione di abilità e competenza professionale in valide discipline del sapere che hanno metodologie e finalità diverse dalla psichiatria forense (psichiatria clinica, psicoterapia, psicoanalisi, neuroscienze, testistica con reattivi mentali, psicofarmacologia (6) etc.
- i. *Gli errori metodologici forensi più frequenti in tema di nesso causale* (6). Tra i numerosi errori di metodologia forense legati alla valutazione del nesso causale, in tema di capacità di intendere e /o di volere, ricordiamo:
- *La causalizzazione e concausalizzazione pregiudiziale del disturbo psichico* (errata attribuzione di causa giuridica e di concausa giuridica al disturbo psichico attraverso una specifica e tendenziosa presentazione, metodologicamente non valida, del caso clinico);
 - *La psichiatrizzazione della spiegazione scientifica* (spiegare scientificamente non significa esprimere un giudizio forense di infermità di mente);
 - *La psichiatrizzazione del sintomo* (essere triste, geloso, arrabbiato, vendicativo, etc non è necessariamente un sintomo di disturbo psichiatrico);
 - *Il mascheramento della diagnosi* (la presenza di un disturbo psichico non deve escludere un nesso causale con un'altra motivazione all'agire come emozioni, passioni, ricerca del denaro, prevaricazione sessuale, etc);
 - *La contaminazione pregiudiziale* (ritenere che tutto quello che un soggetto portatore di un disturbo psichico pensa, fa, immagina, desidera, sceglie, etc sia solo ed esclusivamente dovuto e causato dal disturbo psichico; etc);

- *La ipersemplicificazione errata* (a causa di mancanza di informazioni scientifiche in tema di psichiatria clinica, di dinamiche psichiche sul comportamento violento sulla persona e di metodologiche forensi di riferimento il nesso causale è stabilito sulla base di pregiudizi personali o culturali errati);
- *Il pregiudizio di conferma* (tenere conto solo di quelle informazioni che convalidano il proprio pregiudizio);
- *L'accattonaggio dei sintomi* (raccolta indifferenziata di sintomi psichiatrici nel corso di tutta la vita del soggetto per contrabbandarli come attuali e concreti al momento ed in relazione al fatto per cui si procede).

6. Le informazioni psichiatriche utili ai fini degli artt. 203 e 133.c.p. e le indicazioni di cura.

Le informazioni psichiatriche utili ai fini degli artt. 133 e 203 c.p. presentano una **importanza forense** perché:

- Permettono al Magistrato, quando è il caso di un soggetto con disturbo psichico in nesso causale col fatto per cui si procede e di rilevanza penale ai fini dell'art 88 ed 89 c.p., di poter disporre *anche di informazioni di pertinenza e competenza dello psichiatra* per formulare il giudizio di pericolosità. Il giudizio sulla pericolosità è una *valutazione giuridica di difesa sociale*, e non una *valutazione clinica medico-psichiatrica*. Questo giudizio deve essere formulato dal magistrato con criteri espressi con chiarezza dagli artt. 203 e 133 del codice penale, che non sono di pertinenza e competenza dello psichiatra (ad esempio *intensità del dolo, gravità della pena, gravità del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato*, etc). Inoltre la valutazione di pericolosità indicata dall'art 203 del c.p. ("qualità di persone socialmente pericolose") costituisce compito esclusivo del giudice, il quale non può abdicarvi in favore di altri soggetti, né rinunciarvi, pur dovendo tener conto dei dati relativi alle condizioni mentali dell'imputato ed alle implicazioni comportamentali eventualmente indicate dal perito (Cass Pen , Sez I, 8 ottobre 1996, n° 8996; Cass Pen Sez II, 25 maggio 1988; n° 2913).
- Permettono al Magistrato, con rispetto delle priorità giuridiche e nei casi di pertinenza, di valutare l'offerta della valutazione psichiatrica in tema di stato mentale attuale e di chiare indicazioni psichiatriche di luoghi e tipo di intervento trattamentale riabilitativo personalizzato del soggetto interessato come richiesto per legge.

Le informazioni psichiatriche utili ai fini degli artt. 203 e 133 c.p. devono essere fornite secondo la seguente **metodologia forense**:

- La *diagnosi* e la *prognosi* del disturbo psichico al momento dell'esame psichiatrico clinico svolto nel corso dell'esame peritale.
- Le informazioni psichiatriche su *cosa fare* a livello di trattamento riabilitativo psichiatrico), *dove farlo* (specificando le modalità ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, comunitarie, ad alta intensità di cura, REMS, etc), *da chi deve essere fatto* (precisando l'identità e l'accettazione, da chi di dovere, della struttura ricevente), la *condivisione* a livello di intervento psichiatrico immediato tra chi "scrive la perizia" e "chi avrà in cura" il soggetto interessato.

La mancata offerta di informazioni psichiatriche utili ai fini dell'art 203 e 133 c.p. può causare numerosi **errori metodologici**:

- Confusione tra gravità del disturbo psichiatrico e pericolosità*. Il concetto clinico di *gravità di disturbo psichiatrico* è diverso dal concetto giuridico di *pericolosità* come contemplato nell'art 203 e 133 del c.p. Se così non fosse "più un paziente psichiatrico è grave (non risponde ai farmaci, presenta possibilità di recidiva, etc) più sarebbe pericoloso per la società". E' concezione errata sotto il profilo clinico, forense ma anche umano in quanto si alimenterebbe il *grave stigma sociale* sulle persone con disturbo psichico di ritenere che "*più una persona è psichicamente malata più è socialmente pericolosa*".

- *Caso clinico. Soggetto di sesso maschile, 26 anni, con diagnosi di schizofrenia aggredisce fisicamente un familiare nel corso di un diverbio per motivi economici. Il consulente psichiatra riporta la presenza di una pericolosità basata su: a) presenza di una psicosi; b) psicosi con gravi sintomi quali deliri ed allucinazioni; c) scarsa efficacia dei farmaci; d) scarsa aderenza alle terapie; e) possibilità di recidiva di una crisi psicotica.*

Nel caso clinico che precede sono stati fatti numerosi errori metodologici forensi: a) *non era compito dello psichiatra valutare la pericolosità* che è un concetto giuridico di difesa sociale non di sua pertinenza e competenza; b) ha confuso *alcuni elementi generici di gravità clinica* del disturbo psichiatrico con il concetto giuridico di pericolosità come stabilito dal codice penale (artt. 203 e 133 c.p.); c) ha contribuito a *peggiorare e diffondere lo stigma sul malato di mente* associando la gravità del disturbo psichico alla pericolosità; d) ha mostrato la sua insufficiente formazione professionale psichiatrica clinica non illustrando e non motivando in modo scientifico e forense in primo luogo il *burden dello specifico disturbo mentale* (disabilità, mortalità, costi di intervento, danno sociale, etc). In secondo luogo non illustrando le numerose e specifiche variabili cliniche alla base della *gravità psichiatrica* del disturbo psichico diagnosticato (*gravità dei sintomi, gravità del decorso naturale, comorbidità, multi-morbilità, invasività sul funzionamento generale quotidiano, deterioramento della qualità di vita, gravosità della riabilitazione, etc*) contestualizzate al caso specifico.

- b. *Errata comprensione delle informazioni psichiatriche utili al magistrato ai fini di giustizia.* Il magistrato ha bisogno di essere informato dallo psichiatra *in modo chiaro, documentato e fruibile con appropriatezza di comunicazione e di professionalità in tema di specifiche esigenze, di pertinenza e di competenza psichiatrica, ai fini di giustizia.* Nel caso specifico degli artt. 203 e 133 c.p. al magistrato occorre sapere da parte dello psichiatra le informazioni, supportate da evidenze cliniche condivise, in tema di approccio psichiatrico diagnostico e trattamento riabilitativo al caso in oggetto. Concretamente le informazioni utili al magistrato ai fini di giustizia, in rapporto agli artt. 203 e 133 c.p. sono: *cosa fare, da chi deve essere fatto, dove farlo, condivisione tra chi scrive la perizia e chi cura il soggetto alla luce della diagnosi e prognosi psichiatrica attuale* in persona del soggetto interessato. L'offerta di queste informazioni psichiatriche alla valutazione del magistrato è di pertinenza e competenza dello psichiatra. Sarà di pertinenza e competenza del magistrato esaminare queste informazioni psichiatriche alla luce della pericolosità sociale del soggetto secondo i criteri contenuti negli artt. 203 e 133 c.p. ed assumere in conseguenza le decisioni che riterrà più congrue con i dispositivi di legge tra i quali le misure previste in tema di sicurezza, di difesa sociale, etc. Questa chiarezza di divisione di compiti che precede è necessaria per evitare, soprattutto quando le norme di legge lasciano vuoti o difficoltà interpretative univoche, la **“Sanitarizzazione dei problemi sociali”** e **“Psichiatrizzazione del controllo sociale”** attribuendo alla psichiatria ruoli di controllo sociale che non sono di sua pertinenza e competenza. Concretamente, sotto il profilo psichiatrico, debbono essere evitati i conflitti di competenze in ambito del sistema sanitario e nell'ambito dei rapporti tra sistema sanitario e sistema giudiziario. Più specificamente tra:

1. Chi scrive la perizia e chi cura il soggetto nelle immediatezze del fatto;
2. Chi scrive la perizia e tutti gli operatori della salute mentale che dovranno formulare i piani di trattamento e riabilitazione personalizzati come prevede la legge;
3. Chi ha pertinenza e competenza ed obbligo giuridico nella diagnosi e cura psichiatrica e chi ha pertinenza e competenza ed obbligo giuridico nell'applicazione delle leggi e del controllo e della difesa sociale.

Allo scopo di chiarificare la portata concreta sulla disfunzionalità di questi conflitti può essere considerato il caso che segue.

- *Caso clinico. Soggetto di giovane età è imputato di tentato omicidio in persona di un familiare. Il perito formula diagnosi di schizofrenia, pericolosità sociale e necessità di cura con alte dosi di antipsicotico. I medici psichiatri della REMS non riscontrano alcuna psicosi e non prescrivono alcun antipsicotico. In occasione della formulazione del piano terapeutico riabilitativo individualizzato gli operatori affrontano un conflitto apparentemente insanabile. Gli psichiatri delle REMS affermano “ci rifiutiamo di prescrivere antipsicotici ad un delinquente sano di mente”. Gli psichiatri del Centro di Salute Mentale affermano “ci rifiutiamo di accettare un soggetto dichiarato schizofrenico e pericoloso che necessita di antipsicotici senza un piano di trattamento riabilitativo personalizzato che contempli la somministrazione del farmaco consigliato. Al suo primo gesto*

criminale noi saremmo sicuramente imputati per non aver rispettato la diagnosi e le indicazioni farmacoterapiche indicate dal perito...".

- c. *Comunicazione non appropriata delle informazioni psichiatriche fruibili ai fini giustizia.* Nell'ambito di un elaborato peritale lo psichiatra, nel rispetto delle più elementari regole della *comunicazione tra persone* (uso dell'intelligenza emotiva nel rispetto del tempo e dell'esigenze specifiche di informazione dell'altro, etc) e dell'*appropriatezza di un comportamento professionale* (capacità di esprimersi in modo chiaro, conciso e documentato, etc), non deve fornire una miriade di informazioni psichiatriche *concretamente non fruibili ai fini di giustizia* e non fornire invece le informazioni che concretamente contestualizzate al caso per cui si procede sono *utili al magistrato ai fini di giustizia*.

Le *indicazioni di cura* per soggetti imputabili (se il Magistrato le richiede) non sono un *obbligo di cura o necessità di cura*, ma sono *indicazioni di cura*, cioè un'informazione psichiatrica nell'ambito della promozione della salute mentale di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro situazione giuridica. Queste indicazioni di cura e la loro aderenza terapeutica da parte dell'interessato possono essere oggetto di valutazione *secondo art 133* o secondo il principio della *premiabilità progressiva* ai fini della *irrogazione ed esecuzione* della pena.

Quesiti, risposte e strutturazione di un elaborato peritale.

Nel rispetto del potere discrezionale del magistrato nel porre quesiti, della libertà del perito/consulente di formulare risposte, delle specifiche esigenze dell'individualità di casi clinici e forensi è suggerita una sequenza di quesiti peritali e di contenuti delle risposte. Nella Tabella 1 sono riportati, con modalità abbreviate, i quesiti ed i contenuti delle risposte che debbono rispettare le esigenze dei rispettivi articoli di legge a cui si riferiscono. Quanto precede può essere approfondito, nei suoi aspetti critici e concettuali e di aggiornamento scientifico, attraverso la consultazione del testo originale dal quale è stato riassunto (6). Concretamente i primi tre quesiti, nella loro formulazione, sono uguali ai quesiti posti attualmente. Il quarto quesito, nel rispetto dell'attuale cornice normativa, apporta molte più informazioni psichiatriche ed indicazioni di cura utili ai fini di giustizia di quanto attualmente e mediamente contiene un elaborato peritale.

Tabella 1
Quesiti e risposte peritali

Tipo di quesito	Contenuto della risposta
1° Quesito :... dica il perito (od il consulente)... se il soggetto ... al momento ed in riferimento ai fatti per cui si procede presentava, per infermità, capacità di intendere e/o di volere totalmente esclusa (art 88 cp) o grandemente scemata (art 89 cp).	1° Risposta a) Art 88 c.p.; art 89 cp; b) "esame psichiatrico forense peritale" c) "nesso causale"
2° Quesito :...capacità di assistere coscientemente al proprio processo (art 70 cpp	2° Risposta a) Art 70 cpp. b) "reversibilità" od "irreversibilità" del quadro clinico
3° Quesito : ...compatibilità con lo stato di detenzione (art 275 cpp)	3° Risposta a) Art 275 cpp b) "Compatibilità" con una istituzione carceraria 1) senza assistenza psichiatrica 2) con assistenza psichiatrica.
4° Quesito : ... informazioni psichiatriche utili ai fini dell'art 203 e 133 cp ed indicazioni di cura utili ai fini di giustizia	4° Risposta a) "esame psichiatrico clinico attuale" con "diagnosi psichiatrica clinica" e "prognosi psichiatrica clinica" b) informazioni psichiatriche trattamentali ("cosa fare", "dove farlo", "da chi deve essere fatto", "condivisione" tra "chi scrive la perizia/ consulenza" e "chi avrà in cura" il

	soggetto interessato.)
--	------------------------

Per quanto concerne la strutturazione dell'elaborato peritale la Tabella 2 mette in luce un possibile schema di approccio. Come più volte è stato e sarà sottolineato l'importante è che le informazioni indispensabili che l'elaborato peritale deve contenere, precedentemente illustrate nei dettagli, siano contenute indipendentemente dalle formalità di presentazione ed indipendentemente da quanto la libertà del perito/consulente intenderà aggiungere al suo scritto.

Tabella 2
Strutturazione dell'elaborato peritale

1. Incarico peritale	Numero e sede del processo, identificazione di chi ha conferito l'incarico, identificazione di chi svolge l'incarico con le sue qualificazioni a svolgerlo, quesiti posti, date di incarico, data di consegna, data e luogo di inizio delle operazioni peritali.
2. Metodologia	Presenza di altri periti/ consulenti, modalità concordate con le controparti per lo svolgimento dell'incarico, richieste di specifiche autorizzazioni, modalità di espletamento dell'esame psichiatrico e dell'anamnesi, verbali firmati sugli accordi di metodologia di indagine tra le parti.
3. I fatti per cui si procede	I fatti secondo l'imputazione, la documentazione agli atti, la o le confessioni del periziando, la narrazione della vittima
4. Il curriculum criminale	Secondo il casellario giudiziale, documenti agli atti, il racconto del periziando
5. l'anamnesi psichiatrica	Personale e familiare
6. L'esame psichiatrico clinico	Analisi e descrizione dello stato mentale attuale
7. Le osservazioni psichiatrico forensi	L'esame psichiatrico forense peritale al momento dei fatti per cui si procede; il nesso causale; la valutazione della capacità di intendere e/o di volere; le informazioni psichiatriche utili ai fini degli artt. 203 e 133 c.p.; le indicazioni di cura.
9. La risposta ai quesiti	Risposta conclusiva ai quesiti, chiara e sintetica
10. Gli allegati	Con l'indice e la copia della documentazione originale riportata

Gli allegati fanno parte dell'elaborato peritale (6), sono provvisti di un indice per facilitare la ricerca dei loro contenuti, hanno numeri di pagina progressivi con tutte le pagine precedenti e sono firmati.

Gli allegati presentano una **importanza forense** perché:

- a. Permettono la consultazione da parte del personale che avrà in cura e custodia il soggetto interessato di usufruire di documenti originali (non riassunti, non riportati parzialmente e non interpretati da periti e consulenti), con informazioni utili alla gestione diagnostica e tratta mentale;
- b. Permettono al perito/consulente di allegare quanto ritiene utile, nella sua libertà, professionalità a completamento dei contenuti peritali "*indispensabili e sufficienti*" (6). Ricordiamo che i contenuti indispensabili e sufficienti debbono essere elaborati in meno di dieci pagine se si usa rispetto ai *principi funzionali ed etici della comunicazione* tra persone e se si rispetta la *capacità professionale* di condensare il pensiero forense e renderlo concretamente fruibile al Magistrato (6). In questo senso alcuni allegati (che saranno precisati) costituiscono una documentazione necessaria al parere motivato del perito/ consulente.

Gli allegati richiesti come documenti originali devono essere forniti secondo la seguente **metodologia forense**:

- a. "*cosa ha fatto*" e "*come lo ha fatto*" per quanto concerne il fatto reato;
- b. il "*passato criminale*" se esistente;
- c. la "*documentazione medico psichiatrica*" se esistente ed intesa come documentazione alla motivazione del parere peritale.

La mancanza del contenuto di documenti originali completi sopradescritto (quando presenti ed indipendentemente dal titolo del paragrafo e dalla pagina in cui sono scritti) può portare ad una

insufficiente documentazione della motivazione del parere peritale. Inoltre è da sottolineare che “*gli allegati non sono una copia del fascicolo giudiziario*”. In concreto contengono solo pochi documenti originali quando presenti (capi di imputazione, descrizione obiettiva del fatto per cui si procede, curriculum criminale, storia delle confessioni, documentazione medica e psichiatrica concernenti la motivazione del parere peritale) con importanti informazioni utili non solo alla documentazione del parere peritale ma anche utili, soprattutto nella loro completezza, al personale trattante e di custodia che altrimenti, in pratica, non potrebbe disporne.

Criteri di valutazione di un elaborato peritale penale in tema di capacità di intendere e/o di volere

Il suggerimento di uno schema di valutazione di un elaborato peritale (strutturato in *contenuti indispensabili e sufficienti, approfondimenti scientifici, forensi e terapeutici, allegati*) (6) potrebbe essere, come tutti gli strumenti di valutazione, motivo di perplessità da parte degli interessati.

Concretamente sono tracciati otto criteri condivisi, (da società scientifiche che ne hanno pertinenza, competenza e diritto) per la valutazione metodologica forense di un elaborato peritale.

L'importante è che questi criteri siano rispettati nell'elaborato peritale indipendentemente dal numero della pagina della loro collocazione, titolo del capoverso, tipologia del carattere grafico, spazio di interlinea, etc. L'importante poi è che questa documentazione sia concretamente fruibile non solo ai fini di giustizia ma anche da parte degli operatori che prenderanno in cura e custodia il soggetto ed assumeranno nei suoi confronti una “posizione giuridica di garanzia”. Il rispetto di una concreta fruibilità è indipendente dalla circostanza di presentare queste informazioni attraverso i mezzi cartacei più semplici e rapidi (come fotocopie ricavate da immagini riprese dal cellulare al momento dell'indispensabile consultazione del fascicolo giudiziario) o con mezzi più sofisticati e dispendiosi di tempo (come trascrizione ed originali di colloqui videoregistrati attraverso modalità comunicative peritali elettroniche). Quanto precede rimane valido anche nel caso di un accertamento peritale esclusivamente condotto e gestito per via telematica. Lo schema proposto di strutturazione dell'elaborato peritale e della sua valutazione è esclusivamente condizionato dalla funzionalità delle informazioni psichiatriche forensi che si raccolgono in un possibile ordine prioritario, di comunicazione e di consultazione rapida e di uniformità di strutturazione degli elaborati peritali. Questo schema prevede e lascia lo spazio alla libertà e creatività personale del perito/consulente ed alla gestione delle singolarità di casi clinici che non possono non essere oggetto di valutazione. Si tratta, nello schema proposto e nella valutazione una sorta di “check list minimale” di comodo e di funzionalità per valutare e non dimenticare informazioni necessarie alla validità metodologica di un elaborato peritale. Le informazioni che sono richieste, sottolineamo ancora, si riferiscono a quelle disponibili ed a quelle che hanno attinenza con la documentazione della motivazione del parere peritale.

Il valore di questa valutazione è da ricercare in modo primario nella necessità di una sempre più aggiornata a valida formazione professionale di periti e consulenti, di una sempre miglior comunicazione funzionale tra sistema sanitario e sistema giuridico e di una sempre maggior condivisione di tipologia di intervento psichiatrico tra chi scrive la perizia/consulenza e chi avrà in cura il soggetto interessato.

- *Quanto precede si basa sul principio scientifico generale della necessità di una valutazione quantitativa e qualitativa di risultati delle procedure, valutazione richiesta ed adottata nelle linee guida di intervento.*
- *Tra le modalità concrete di attuare questo obiettivo vi è la possibilità che la valutazione della perizia e consulenza sia oggetto di una auto-somministrazione critica da parte del perito/consulente sulla propria opera.*
- *Altra modalità concreta è la valutazione della perizia/consulenza da parte di chi si prenderà cura od ha già in cura il soggetto interessato. In questo caso può risultare particolarmente utile la discussione costruttiva tra chi scrive e la perizia e chi si occupa della cura dello stesso paziente. Gli*

psichiatri che si occupano della cura del soggetto interessato hanno tutta la competenza per valutare, nel rispetto delle differenti pertinenze, con il perito/consulente i casi clinici anche se personalmente, da ambedue, non conosciuti in precedenza. A maggior ragione gli psichiatri “che curano” hanno competenza nell’esprimere una loro valutazione sulla metodologia peritale nei casi clinici da loro trattati da lungo tempo. In questo contesto è da sottolineare che in genere il tempo e l’esperienza concreta di osservazione del periziando o periziato degli psichiatri nelle istituzioni psichiatriche è superiore al tempo che è a disposizione del perito/consulente.

- Questa valutazione dell’elaborato peritale può essere utilizzata dai magistrati, allo scopo di migliorare la qualità e l’accuratezza delle risposte di pertinenza e competenza psichiatrica utili ai fini di giustizia. Questo schema di valutazione può anche essere utilizzato, nell’ambito del potere discrezionale del magistrato, nel condizionare l’onorario a vacanze da retribuire al perito/consulente.
- Si tratta di modalità di valutazione fattibili, semplici ed immediate da condividere, a scopo formativo, tra gli interessati. Sono anche valutazioni che possono presentare, a livello di ricaduta di funzionalità concreta e immediata, il vantaggio che in istituzioni di cura psichiatrica non siano indirizzate persone che non ne hanno indicazioni e che persone che hanno bisogno di cure psichiatriche non siano inviate in strutture non qualificate per somministrare queste specifiche cure.

Questa tipologia di valutazione intesa come modalità per migliorare la formazione professionale, aumentare la beneficiabilità dei soggetti interessati, evitare conflitti di competenze, ridurre sperequazioni nei trattamenti psichiatrici è costituita da otto variabili che sono quotate con un giudizio graduato (assente, insufficiente, sufficiente, buono, ottimo) corredato con un numero che permetterà una visione più globale, a carattere indicativo, dell’intero elaborato peritale (tenendo conto delle informazioni assenti o non reperibili). Questi criteri sono enumerati nella Tabella 3, e sono i seguenti: 1) la descrizione dei fatti per cui si procede; 2) la valutazione dei precedenti comportamenti contro legge; 3) l’accuratezza dell’anamnesi psichiatrica; 4) la qualità e completezza dell’esame psichiatrico clinico e dell’esame psichiatrico forense peritale; 5) la valutazione del nesso causale; 6) la appropriatezza e fruibilità ai fini di giustizia delle informazioni psichiatriche in relazione agli artt. 203 e 133 c.p.; 7) la chiarezza clinica e la motivazione forense della risposta ai singoli quesiti posti dal Magistrato; 8) Adeguatezza e completezza degli allegati. I criteri per i singoli giudizi graduati degli otto items sono contenuti nelle pagine che precedono. Si tratta di una valutazione della metodologia forense che non esclude altre forme di valutazione più specifiche, più approfondite, più indirizzate agli aspetti clinici o giuridici dello specifico caso in oggetto, alle modalità grafiche od elettroniche di presentazione, al rispetto di procedure standardizzate utili alla consultazione ed alla documentazione del parere, alla capacità professionale di comunicare le informazioni con chiarezza e concisione, alla qualità della documentazione della motivazione del parere peritale, etc

Tabella 3
Valutazione della metodologia psichiatrico forense peritale

Criterio	Punteggio				
	1	2	3	4	5
1. La descrizione dei fatti per cui si procede	1	2	3	4	5
2. La valutazione dei precedenti comportamenti contro legge	1	2	3	4	5
3. L’accuratezza dell’anamnesi psichiatrica	1	2	3	4	5
4. La qualità e completezza dell’esame psichiatrico clinico e dell’esame psichiatrico forense peritale	1	2	3	4	5
5. La qualità e completezza della valutazione del nesso causale	1	2	3	4	5
6. La appropriatezza e fruibilità ai fini di giustizia delle informazioni psichiatriche in tema di art 203 e 133 c.p.	1	2	3	4	5
7. La chiarezza della motivazione forense della risposta ai singoli quesiti posti dal Magistrato	1	2	3	4	5
8. Adeguatezza e completezza degli allegati	1	2	3	4	5

Punteggio 1= assente; 2= insufficiente; 3= sufficiente; 4= buono; 5= ottimo.
Specificare le informazioni assenti o non reperibili:

Concezione culturale della perizia/consulenza psichiatrica.

Sulla base di quanto precede possono essere dedotte avvertenze a carattere operativo che implicano una nuova **concezione culturale della perizia psichiatrica**. Nuova concezione della perizia psichiatrica che non potrà non tener conto, con tutte le criticità, della attuale tendenza ad un minimo di standardizzazione nazionale dei contenuti e della valutazione forense dell'elaborato peritale e della valutazione approfondita delle possibilità di accertamenti peritali per via telematica. Questa nuova concezione rispetta l'obbligo di risposta ai quesiti del magistrato, in tema di pertinenza e competenza psichiatrica, come prevede l'attuale normativa. Questa nuova concezione culturale della perizia/consulenza psichiatrica presenta anche le seguenti caratteristiche:

- a. *Si arricchisce degli indispensabili aggiornamenti scientifici "utilizzabili" in campo forense (variabili intermedie tra delirio e comportamento anti giuridico, tra allucinazioni di comando e comportamento anti giuridico, etc);*
- b. *Cerca di evitare gli errori peritali in tema di metodologia forense (errori nella valutazione del nesso causale, uso forense non appropriato di altre discipline del sapere come psichiatria clinica, psicoterapia, neuroscienze, psicoanalisi, etc);*
- c. *Abbandona attuali pregiudizi errati che riducono la sua validità scientifica e la sua funzionalità alla comunicazione al Magistrato di informazioni psichiatriche ed indicazioni di cura utili ai fini di giustizia.*

Tra i **pregiudizi errati** della attuale concezione culturale della perizia/consulenza possono essere segnalati quelli che seguono:

- a. Il pregiudizio che **"più una perizia è lunga come numero di pagine, più è segno di impegno professionale serio, più è degna di essere retribuita col massimo onorario"** deve essere confrontato con la constatazione che molte pagine nelle perizie non sono altro che *materiale riempitivo inerte* (6). Si tratta di semplici copie (non sempre fedeli all'originale e non sempre contestualizzate al caso specifico) di trattati di psichiatria, di manuali di classificazione delle malattie mentali, di documentazioni mediche agli atti non sempre inerenti alla motivazione del parere, di ricostruzioni di fatti incomplete e viziate da interpretazioni personali non motivate, di offerte di materiale tangenziale alle informazioni utilizzabili, di ripetizioni inutili di concetti, etc. A prescindere da tutte le reali e pretestate criticità legate ad un elaborato peritale ed al rispetto della libertà, individualità e creatività del singolo estensore resta la necessità non più eludibile dell'uso di una *criteriologia condivisa di valutazione di un scritto peritale* (6).
- b. Il pregiudizio che **"più una perizia psichiatrica contiene esami medici di laboratorio, esami strumentali di diagnostica per immagine, reattivi mentali vari e disparati, complesse scale di valutazione, approfondimenti clinici affascinanti e documentati con grande dispendio di bibliografia, etc... più è un elaborato peritale di ottima qualità forense"** deve essere confrontato con numerose criticità. In primo luogo sulla *reale obiettività scientifica* degli esami applicati. Tutto ciò a prescindere dalla confusione presente in molti elaborati peritali tra *ipotesi cliniche di ricerca ed evidenze cliniche condivise* (6). Inoltre negli elaborati peritali sono spesso riportati numerosi reattivi mentali che possono ispirare ai profani una solido pregiudizio di obiettività ma in realtà sono privi, per gli esperti clinici e forensi, di validità scientifica (6). Per fornire un altro esempio, in alcuni elaborati peritali vi è una ampia citazione di bibliografia non

sempre basata su solide evidenze cliniche condivise ed esclusivamente volta a confermare la tesi sostenuta (nella letteratura scientifica il risultato di uno studio può essere invalidato dal risultato di un altro). In secondo luogo molti elaborati peritali non rispettano le numerose *criticità legate alla applicabilità di differenti discipline del sapere scientifico allo specifico campo forense*. La metodologia e le finalità di un elaborato peritale non possono essere confuse con la metodologia e le finalità di una sofisticata strutturazione di un lavoro scientifico sperimentale, in una specifica e settoriale disciplina del sapere non forense, costruito per essere pubblicato su di una rivista internazionale, con l'obiettivo esclusivo di ottenere il più alto indice di "impact factor". Sottolineamo ancora, per l'importanza del tema, che la psichiatria clinica, la psicologia clinica, la psicoanalisi, la psicoterapia, i reattivi mentali, le neuroscienze, la genetica, la neuro-psicofarmacologia, etc sono tutte discipline importanti che arrecano indubbi progressi al sapere umano. Ma tutte queste discipline del sapere presentano importanti criticità nella loro applicazione al campo forense (6). Ignorare che la psichiatria forense ha metodologie e finalità diverse da tutte queste discipline ed ignorare l'esistenza di periti e consulenti che usano in modo incongruo ed errato queste discipline in campo forense (6) non può che portare al perpetuarsi di errati pregiudizi. Spesso questi pregiudizi sono stimolati, favoriti e legati a curiosità, preferenze, conflitti, scelte culturali, significati esistenziali, interessi economici professionali, ideologie politico-sociali, etc , sempre personalizzati, di chi sceglie acriticamente od artatamente o *senza adeguate conoscenze scientifiche o forensi* una disciplina di riferimento piuttosto di un'altra. Concretamente è d'obbligo chiedersi perché scegliere una metodologia di indagine con costosi esami neurofisiologici o di diagnostica per immagine o con costose numerose batterie di test e trascurare di valutare la variabile sociale della povertà vitale, di gravi situazioni sociali di indigenza e sofferenza causate da vistose e plateali sperequazioni sociali di opportunità socializzanti? *Perché favorire quelle consulenze di parte, sempre a carattere unidirezionale difensivo, con costosi esami non giustificati a livello forense e costosi onorari di consulenti che solo le classi sociali privilegiate si possono permettere?* Tutto ciò alla luce del fatto che questi esami costosi, come affermano le evidenze cliniche condivise (2-3-6) sono molto meno validi scientificamente rispetto all'analisi di variabili come la povertà, l'impossibilità economica di aver ricevuto una educazione adeguata, l'assenza di strutture socializzanti nel processo maturativo personale e sociale, la sorte ingrata ed ingiustamente penalizzante di essere stati allevati in una sottocultura di sofferenza psichica e di devianza sociale (come quella di essere figlio di un padre alcolista violento e di una madre dedita all'uso di sostanze ed affetta da una malattia mentale), etc nel determinare comportamenti contro la legge. In questo senso ed in relazione all'esecuzione e valutazione di un elaborato peritale psichiatrico diventa sempre più cogente la necessità di un approfondimento, come già avviene in molte professioni, in tema di "errori umani" nelle "prese di decisioni" (decision making) in contesti giudiziari (6)

- c. Il pregiudizio che "**la perizia/consulenza deve avere come scopo esclusivo la beneficiabilità della salute psichica del periziando**" deve essere confrontato con specifiche esigenze degli obiettivi peritali senza delegittimarne le finalità. In primo luogo con le *esigenze del diritto* (gestito da chi ne ha pertinenza e competenza) nel normare e rendere possibile la vita sociale tra le persone. In secondo luogo con l'esigenza prevista dalla legge, oltre che da un sentimento etico di solidarietà previsto dalla costituzione, di formulare *progetti riabilitativi* per gli autori di reato (gestiti da chi ne ha pertinenza e competenza). In particolare quanto precede è valido per i soggetti che presentano " *indicazione di cura*" indipendentemente dalla loro situazione giuridica. Ed è appunto nella formulazione e soprattutto nell'*applicazione concreta quotidiana* di questi progetti riabilitativi e vari piani terapeutici riabilitativi individualizzati che tutta la migliore, aggiornata e più sofisticata psichiatria clinica, psicoterapia, psicofarmacologia, psicologia clinica, neuroscienze, testistica con reattivi mentali, psico-sociologia, etc possono cercare di esprimere al massimo grado la loro libertà e specificità e portare il loro prezioso contributo scientifico, trattamentale ed umano nella **concreta beneficiabilità per il soggetto periziato e per l'intera società**. E' a questo livello di tutela e promozione della *salute mentale* (concetto più ampio che non "curare un disturbo psichico")(6) che tutte queste discipline sono tenute a fornire il *massimo di beneficiabilità* fattibile, concreta e contestualizzata per i cittadini interessati. Questo contesto di intervento pratico sulla

salute psichica della persona contemplato per legge dai principi della riabilitazione e più specificamente dai vari piani di trattamento individualizzati è diverso dalle brillanti, affascinanti, sofisticate (soprattutto per i profani del sapere psichiatrico) disquisizioni scientifiche teoriche, soprattutto *non soggette a validazione concreta nell'impegnativo confronto con la realtà*, che possono essere presenti in un elaborato peritale. E' ineludibile che queste varie discipline del sapere debbano essere applicate nel *contesto forense e sociale appropriato* della "cura alla persona" e siano costrette a prendere atto, con onestà scientifica, della loro **reale ed obiettiva "efficacia"**. In conclusione quindi non si possono richiedere o pretendere aspettative da un elaborato peritale che sono di pertinenza e competenza di progetti riabilitativi e terapeutici individualizzati temporalmente successivi come previsto da legge. Realisticamente, in tema di nuova cultura dell'elaborato peritale, sono da evitare dannose sperequazioni di denaro pubblico nella ricerca di informazioni non utili ai fini di giustizia, di tempo inutile perso in richieste e esibizioni peritali di risorse e metodologie utilizzate in contesti inadeguati, di limitarsi a disquisire dottamente e fascinosamente in contesti inadeguati di problemi scientifici mostrando quanto si è "bravi a parlare e scrivere" evitando artatamente e callidamente il confronto con la scomoda e faticosa realtà degli interventi riabilitativi previsti per legge e cioè evitare di essere valutati e giudicati per quello che si è "capaci di fare di utile per il periziando e per la società". Discende da quanto precede la necessità di una sempre maggior attenzione e sensibilità ed integrazione di discipline del sapere e di professionalità che debbono caratterizzare gli interventi concreti *nei vari progetti riabilitativi, terapeutici, trattamentali individualizzati in persona di soggetti autori di reato*. Quanto precede nel rispetto del *criteri etici di beneficiabilità ed equità sociale*, del *criterio del "timing" efficace di intervento delle varie discipline del sapere umano*, del *criterio clinico di appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili*.

- d. Il pregiudizio che **"si può conferire l'incarico peritale a qualsiasi perito o consulente purché il magistrato lo ritenga adeguato e le parti non sollevino obiezioni valide"** deve essere confrontato con la necessità che

tutte le persone che hanno un ruolo in merito alla perizia/consulenza psichiatrica rispettino la legge.

In concreto deve essere rispettata la *gerarchia delle fonti del diritto*. In particolare, in tema di elaborati peritali gli artt. 220 e 221 c.p.p.; Legge Balducci n. 189/2012; Nuovo Codice di Deontologia Medica; etc (6). La Società Italiana di Psichiatria e la Società Italiana di Psichiatria Forense hanno approvato criteri per la qualificazione ed affidabilità dei periti e consulenti in ambito psichiatrico validi ai sensi della Legge Gelli Bianco n. 43/2017; art 590 sexies c.p.:

1. La *qualificazione* del perito/consulente (medico, specializzazione in psichiatria, esperienza professionale di almeno otto anni in struttura assistenziale pubblica oltre gli anni di specializzazione, curriculum adeguato al caso per cui si procede, (6);
2. L'*affidabilità* del perito/consulente (non affidabilità degli amicus curiae, millantatori, consulenti in vendita, etc) (6).
3. La *conoscenza* di informazioni corrette sulla *reale pertinenza e competenza dei titoli presentati dai periti/consulenti in merito al compito peritale affidato* (psicologo, criminologo, psicoanalista, etc; professori Universitari di Fisiologia Umana, Neuroscienze, Biochimica, etc; etc possono essere non medici, non psichiatri e quindi per legge non qualificati alla diagnosi del disturbo psichico psichiatrico, etc). (6)

Queste caratteristiche debbono essere *richieste e scritte nel verbale* al momento del conferimento dell'incarico peritale e *possono essere controllate* da chi ne ha diritto ed interesse allo scopo di poter esercitare il diritto di richiesta motivata di riconsulenza. Quanto precede non esonera dalla necessità primaria di implementare la *formazione professionale* di periti e consulenti. Non è più l'epoca del perito/consulente senza specifica ed approfondita conoscenza, documentata e scritta al momento del conferimento dell'incarico, in termini di qualificazione ed affidabilità, nel campo specifico della psichiatria forense. Non è più il periodo in cui i protagonisti di un evento peritale, senza distinzioni, possono ignorare quanto la legge prescrive in tema di validità di perizia e consulenza psichiatrica. In concreto l'aspetto diletteristico, amatoriale, autoreferenziale, discrezionale, della psichiatria forense sta lasciando il posto *formazioni professionali specifiche* ed

approfondite scientificamente ed alla *applicazione, per tutti, di specifiche norme di legge in tema di qualificazione professionale* previste dalla gerarchia delle fonti del diritto.

e. Il pregiudizio “**per conoscere la psichiatria forense è necessario avere sulla scrivania il DSM 5 e consultarlo**” deve essere confrontato con numerose criticità. In primo luogo i manuali statistici e diagnostici per la classificazione delle malattie mentali, di qualsiasi tipo, non sono stati costruiti per la psichiatria forense e non riportano alcun concetto generale, specifico, metodologico di psichiatria forense. Per evitare questo malinteso molti manuali riportano scritta questa avvertenza. Inoltre la disciplina della psichiatria è molto più complessa da quanto contenuto dal DSM 5 e cioè da *uno tra le decine di manuali classificatori disponibili*. Il DSM 5, come riporta la sua introduzione, : 1) presenta *diversità classificatorie* dalle edizioni precedenti, 2) *limiti all’approccio operativo*, 3) *non congruità* tra approccio operativo e narrativo, 4) *non validazione empirica* delle soglie nel numero e durata dei sintomi, 5) *ipersemplificazione e banalizzazione della psichiatria* solo attraverso sintomi e comportamenti, 6) *psichiatrizzazione impropria* delle comuni esperienze umane, 7) *assenza delle variabili culturali* nel determinare il sintomo, 8) *assenza di riferimenti biologici* accertati scientificamente, 9) *assenza di numerose concezioni esistenziali, fenomenologiche, evolucioniste, psicanalitiche, etc* della psichiatria 10) *assenza di attenzione, sensibilità e valutazione del singolo caso umano circostanziato*. Quanto precede non toglie l’utilità del DSM 5, come di tanti altri manuali, nel campo della ricerca e comunicazione scientifica. Il DSM 5 e gli altri “manuali classificatori” della malattia mentale non possono essere confusi con i “trattati di psichiatria clinica” che illustrano gli indispensabili temi scientifici per comprendere la psichiatria. Il DSM 5, come altri manuali, non è stato creato per profani della disciplina psichiatrica ma per fornire suggerimenti per *assistere clinici esperti* nel campo della ricerca scientifica come, ripetiamo, è scritto nella sua introduzione alla edizione italiana. Ne consegue la estrema difficoltà che un profano della psichiatria ne possa fare un uso corretto in campo psichiatrico improvvisandosi ed “autonominandosi non solo psichiatra ma esperto clinico psichiatra”. Gli errori metodologici aumentano poi a dismisura quando dopo una errata interpretazione della psichiatria, sulla base del DSM5 si aggiunge la sua applicazione diretta, acritica e pregiudiziale, alla psichiatria forense ignorando che *psichiatria clinica e psichiatria forense sono discipline con metodologie e finalità differenti*. Sulla base di quanto precede si può affermare, senza tema di essere banali, che per conoscere la psichiatria sarebbe meglio avere sulla scrivania, non uno tra i tanti “manuali di classificazione statistica” delle malattie mentali, ma un valido “trattato di psichiatria clinica” e che per conoscere la psichiatria forense sarebbe meglio avere sulla scrivania e poter consultare un valido libro di psichiatria forense. Tra i molti che ci sono, sempre col pericolo di essere tacciati ancora di grossolana banalità, sarebbe più adeguato consultare, in tema di elaborati peritali, *il libro di psichiatria forense più qualificato, a termine di legge(6), come documento di riferimento forense in tema di perizia/consulenza psichiatrica*.

f. Il pregiudizio che “**la valutazione forense della capacità di intendere e/o di volere deve basarsi esclusivamente su obiettività scientifiche**” deve essere confrontato con:

1. le criticità generali della valutazione psichiatrica forense
2. le criticità specifiche della valutazione della capacità di intendere e/o di volere.

Nell’ambito delle *criticità generali sulla valutazione psichiatrica forense* sono da considerare i pregiudizi sul disturbo psichico e sulle terapie psichiatriche; le difficoltà definitorie di normalità psichica, salute psichica ed infermità psichica; le grandi variabilità cliniche delle definizioni di disturbo psichico a seconda delle differenti correnti di pensiero psichiatrico e dei numerosi manuali di classificazione delle malattie mentali; la reale efficacia delle farmaci e psicoterapie; le differenze tra ipotesi cliniche di ricerca e evidenze cliniche condivise; i fenomeni di psichiatrizzazione del criminale, colpevolizzazione della vittima, deresponsabilizzazione e criminalizzazione della persona con diagnosi di disturbo psichico; la mutevolezza nel tempo di leggi e sentenze; la vistosa differenza di criteri di valutazione della capacità di intendere e/o di volere tra perizia psichiatrica e cura psichiatrica; le attuali tendenze alla cura, alla responsabilizzazione, alla promozione della salute mentale, alla protezione ed allargamento del concetto di normalità; etc (6).

Nell'ambito delle *criticità specifiche nella valutazione della capacità di intendere e/o di volere* sono da considerare la crescente importanza delle emozioni e passioni nel determinare le motivazioni all'agire anche in presenza di un disturbo psichico; la maggior accettazione emotiva che un disturbo psichico non sia in nesso causale con uno specifico comportamento contro legge; la attenzione critica alla differenza tra auto legittimazioni e motivazioni; la sensibilizzazione alle tendenze alla cura, riabilitazione ed assistenza sociale; alle esigenze di protezione e di difesa sociale della società; etc (6).

Consegue da quanto precede la necessità, nel rispetto delle rispettive pertinenze e competenze, di un sempre maggior dialogo tra il sistema giudiziario ed il sistema psichiatrico per un reciproco *arricchimento informativo* in tema di formazione professionale e per una sempre maggior *funzionalità aggiornata* alle esigenze di funzionalità e di beneficialità dei due sistemi.

L'accettazione di questa nuova cultura sulla strutturazione metodologica dei contenuti di un elaborato peritale e della sua valutazione implica un approfondimento e specificazione concreta in tema di **validità** dell'elaborato peritale e di **responsabilità professionale** di tutti i protagonisti che, a vario titolo, lo formulano e lo gestiscono. Concretamente sulla base di quanto precede e sulla base dell'attuale normativa un elaborato peritale può essere valutato, da chi ne ha diritto e con adeguata motivazione, privo di "validità" come documento da utilizzare ai fini di giustizia. Concretamente, sempre sulla base di quanto precede, emergono, con più chiarezza ed obiettività, "responsabilità professionali", non solo di natura etica e deontologica, in tutte le classi di professionisti che, a vario titolo, non rispettano le norme giuridiche attuali che stabiliscono la *validità* e l'*appropriatezza* di una perizia/consulenza ai fini di giustizia.

Conclusioni

Quanto precede, la proposta di uno schema minimale di contenuti di informazioni psichiatriche forensi di un elaborato peritale penale in tema di capacità di intendere e/o di volere e di una sua valutazione rappresenta un documento di lavoro perfettibile a mezzo di ulteriori approfondimenti. Quanto precede è da interpretare alla luce delle buone pratiche cliniche assistenziali in tema di perizia e consulenza psichiatrica, approvate dalla Società Italiana di Psichiatria e dalla Società Italiana di Psichiatria Forense contenute nel volume "Psichiatria forense" (6) che a termini di legge (Gelli Bianco n43/2017, art 590 sexies c.p.) rappresenta valido riferimento per l'accertamento della responsabilità in ambito psichiatrico. L'attuale proposta è da considerare un ulteriore piccolo passo nei confronti del lungo cammino psichiatrico forense per migliorare la qualità degli interventi psichiatrici, ridurre ingiustificate e dannose sperequazioni assistenziali, evitare conflitti di competenze tra i vari protagonisti di un evento giudiziario, migliorare specifiche competenze professionali degli operatori della salute mentale e dei periti/consulenti psichiatri, favorire un utile, funzionale e benefico arricchimento di informazioni reciproche tra il mondo del diritto ed il mondo psichiatrico.

Bibliografia

- 1) Fiori A. (1999), *Medicina Legale della Responsabilità Medica*. Giuffrè, Milano
- 2) Fornari U. (2018), *Trattato di Psichiatria Forense*. Utet, Torino.
- 3) Bandini T, Rocca G. (2010), *Fondamenti di Psicopatologia Forense*. Giuffrè, Milano.
- 4) Ponti GL., Merzagora Bestos I. (2008) *Compendio di criminologia*. Quinta Ed. Raffaello Cortina Ed. Milano
- 5) Nivoli GC, Loretto L., Milia P., Nivoli A.M., Nivoli L.F., (2010) *Vittimologia e Psichiatria*. Centro Scientifico Editore, Edi-Ermes. Milano.
- 6) Nivoli G, Loretto L, Milia P., Nivoli A.M.A. (2019), *Psichiatria Forense. Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica*. Piccin Ed., Padova.

La perizia psichiatrica : gli errori che portano alla psichiatrizzazione, criminalizzazione, deresponsabilizzazione, colpevolizzazione.

Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense.

I periti ed i consulenti possono incorrere in alcuni errori metodologici nella esecuzione della perizia e consulenza per molteplici cause. Tra queste ricordiamo le criticità scientifiche legate alla valutazione forense in generale od in tema di valutazione specifica della capacità di intendere e di volere, la qualificazione e l'affidabilità personale del valutatore nelle sue caratteristiche di formazione professionale, di obiettivi ufficiali e non ufficiali, dell'utilizzo delle zone di conforto, della interferenza con aree di sicurezza personale, etc.(1) È da sottolineare la differente tipologia degli errori: quelli inerenti allo stesso processo della conoscenza (errare è umano); quelli inescusabili e quelli scusabili; quelli rilevanti o non rilevanti ai fini forensi; etc. Nelle pagine che seguono saranno trattati alcuni errori metodologici legati alla valutazione della capacità di intendere e/o di volere ed in tema di responsabilità professionale : in particolare quelli in relazione ad una *errata metodologia di approccio della valutazione forense*.

Il senno del dopo

Dopo che il soggetto si è suicidato od ha commesso un atto di omicidio chi valuta l'accaduto può, con tutta facilità, trovare ed indicare i segni premonitori ed i fattori di rischio clinico che si sono realizzati e i fattori di protezione clinica che non hanno impedito il fatto.(1) Per usare una espressione popolare, ma significativa è un po' come indicare i numeri vincenti in una lotteria dopo che sono stati estratti e pubblicati sui giornali. Il giudizio col *senno del dopo* non è accettabile in campo forense per varie motivazioni (1).

1. Si avvale di informazioni che non erano presenti al momento dei fatti e che avrebbero conferito differente significatività a sintomi, segni e comportamenti
2. Può essere frutto di specifici errori di pensiero (dissonanza cognitiva, scotoma preferenziale, causalità psicologica proiettata, etc)
3. Possono essere presenti, anche con modalità fortemente intrusive meccanismi psicologici di difesa (Negazione, proiezione, razionalizzazione, etc)
4. Presenta un indubbio fascino emotivo nell'affrontare eventi che sollevano ansia in chi li deve valutare offrendo un guadagno psicologico immediato (ad esempio un capro espiatorio)

La legge prevede espressamente che il giudizio forense deve essere formulato sulla base dei fatti conosciuti *al momento ed in relazione al fatto per cui si procede (ex Ante)* e non col *senno del dopo (ex Post)*. In caso contrario tutte le persone sarebbero infallibili a prevedere il futuro conoscendo prima quello che accadrà dopo.

Si può fare di più

Nelle valutazioni forensi può essere accordato peso preminente e dignità causale indiscriminatamente a tutte le misure cautelative che teoricamente, astrattamente od ipoteticamente potevano essere adottate per evitare l'evento indipendentemente da quelle concretamente adottate o fattibili nel caso specifico. In questi casi l'elaborato della valutazione forense può essere formulato all'insegna del “*si poteva fare di più di quello che si è fatto*” e cioè è riportato un lungo elenco di cose non fatte che sono state la causa (secondo chi compila l'elenco) del verificarsi dell'evento.

La legge prevede che *si faccia quello che deve essere fatto nel caso specifico e non di fare tutto quello che è possibile fare*. (Cassazione IV Sez Pen Sentenza 14766/16). Il ragionamento del *si può fare di più* unitamente al ragionamento *col senno del dopo* può permettere “in buona fede od in cattiva fede”, di *accusare tutti di tutto*. Questo errore di metodologia forense è una delle cause principali della *medicina difensiva*:

1. non utile al paziente
2. dannosa alla società
3. non rispettosa dell'appropriatezza della cura
4. altamente lesiva della assistenza medica di altri pazienti, realmente bisognosi, che a causa di una indiscutibile realtà di risorse limitate sono privati delle cure necessarie ed utili come previsto dal loro diritto costituzionale alla salute.

Si può fare diversamente

In alcune valutazioni forensi si insiste sul fatto che *si poteva fare diversamente* soffermandosi a specificare che azioni diverse avrebbero potuto evitare l'evento di danno.

La legge prevede che *fatto quello che si doveva fare nel caso in oggetto* non possa essere contestato che *agendo in modo diverso si sarebbe potuto evitare il danno*, (Cassazione IV Sez Pen Sentenza 14766/16) In caso contrario anche facendo il proprio dovere tutti potrebbero essere accusati, se, per cause indipendenti, si verifica un evento dannoso.

Accattonaggio dei sintomi

In ambito di indagine forense si può assistere al valutatore che, come un “accattone raccoglie dalla strada tutto quello che crede possa servirgli”, raccoglie lungo tutta la vita del periziando sintomi, segni o comportamenti per poi affermare, in modo più o meno esplicito, che erano *tutti presenti al momento ed in relazione al fatto per cui si procede*.

La legge prevede che lo stato di mente debba essere valutato *al momento ed in riferimento ai fatti per cui si procede* (diagnosi psichiatrica forense peritale) e che il rischio di suicidio sia *attuale e concreto* (non teorico o riferito al passato) e non una somma arbitraria dei sintomi di tutta la vita del periziando o di uno specifico periodo che non è al momento od in relazione coi fatti per cui si procede. Da sottolineare che una raccolta anamnestica tendenziosamente mirata a confermare esclusivamente le proprie ipotesi non è accettabile sotto

il profilo clinico e forense. In caso contrario ben poche persone sfuggirebbero ad una diagnosi di depressione, eccitamento, suicidalità, omicidalità.

Pubblicità ingannevole del farmaco miracoloso

Sfruttando i pregiudizi miracolistici sulle capacità dei farmaci di *guarire tutti di tutto, sempre, subito, senza complicazioni, per tutta la vita*, etc. vi sono elaborati peritali che identificano, *senza valida copertura scientifica*, la causalità dell'evento contro legge nell'uso mancato od errato o non correttamente scalato o sospeso del farmaco.

La legge prevede che l'uso del farmaco sia gestito secondo principi scientifici che debbono essere illustrati nell'elaborato peritale. Concretamente il valutatore non può affermare, semplicemente e senza motivare o con motivazioni non rilevanti o non complete, che il farmaco *era sbagliato* o *è stato mal gestito*, ma deve specificare : a) gli aspetti della farmacoterapia che forniscono il quadro scientifico corretto dell'azione di un farmaco *contestualizzato al caso specifico* e b) *quale farmaco si sarebbe dovuto usare e come avrebbe dovuto essere usato per evitare il fatto per cui si procede*. In particolare deve essere precisato

il tipo specifico di farmaco che avrebbe dovuto essere usato, la dose, la via di somministrazione, la durata della somministrazione, le percentuali di intolleranza di resistenza al farmaco in quel tipo di disturbo psichico, le percentuali di successo e di fallimento delle varie strategie alternative per vincere la resistenza in quello specifico disturbo psichico, la differenza tra efficacia ed efficienza, le percentuali ed il tipo di effetti collaterali e la rispettiva gravità clinica, la percentuale di effetti paradossi, l'esistenza ed il tipo di sindrome da sospensione, la percentuale di remissioni non complete dei sintomi, delle ricadute e delle ricorrenze in quello specifico disturbo, la possibilità di interazioni farmacologiche o variazioni farmacocinetiche o farmacodinamiche imprevedibili od inevitabili da parte del curante, la percentuale di non aderenza terapeutica a quel farmaco in quello specifico disturbo psichico, la tipologia di alleanza terapeutica che quello specifico paziente era solito stabilire con i curanti, l'eventuale esistenza di particolari condizioni soggettive che nel caso specifico potevano rendere problematica la riuscita del trattamento farmacologico.

Allo stato attuale vi è una vera e propria epidemia di imputazioni allo psichiatra in tema di errato uso, riduzione e sospensione del farmaco in tema di suicidio e di comportamento violento sulla persona. Per tentare di spiegare quanto precede è utile considerare i grandi *vantaggi emotivi* della pubblicità del farmaco miracoloso, della *concretizzazione* della colpa nel farmaco e dell'utilizzo psicologico difensivo delle *aree di sicurezza psicologica* personale emotiva evitando di affrontare i problemi tribolanti ed ansiogeni della imprevedibilità, della inevitabilità, della inguaribilità e delle difficoltà esistenziali della vita

tutto è colpa della malattia ...

è sufficiente curare la malattia con i farmaci

e tutti i problemi della vita sono risolti...

Causalizzazione dell'errore non rilevante

In alcuni elaborati peritali si possono riscontrare errori nell'applicazione della buona pratica clinica, della osservanza di regolamenti, protocolli, linee guida, etc., che pur presenti, sono tuttavia ininfluenti od irrilevanti ai fini del nesso di causalità. Quindi non tutti gli errori sono rilevanti ai fini penali e civili. Esiste,

a livello forense, con i suoi limiti e specificazioni, il *diritto all'errore* (le droit à l'erreur) che non è previsto dalla legge come reato.

La legge prevede, infatti, che azioni od omissioni debbano avere un *nesso di causalità* con l'evento contro legge per poter essere addebitate come causa giuridica dell'illecito. In questo senso sono da considerare l'adeguatezza della concausa, il rischio consentito, l'evoluzione naturale, la copertura scientifica sul caso specifico, etc. In caso contrario qualsiasi piccolo errore, anche insignificante, potrebbe essere contrabbandato, da chi ne ha interesse, come causa giuridica.

Causalizzazione giuridica del fattore di rischio clinico

La causalizzazione giuridica dei fattori di rischio clinico consiste nell'attribuzione erronea, sotto il profilo clinico e forense, dei requisiti di causalità ad uno o più fattori di rischio clinico. In altre parole si confonde il concetto di *fattore clinico di rischio* con il concetto di *causa giuridica di evento*. (1)

La legge prevede per requisiti di causalità giuridica specifici elementi dottrinali e giurisprudenziali (teoria condizionalistica, adeguatezza della causa, il rischio consentito, la evoluzione naturale, etc.) nel quadro generale della *probabilità* e della *prevedibilità*.(1) I fattori di rischio clinico debbono sempre essere valutati in rapporto

- a. ai loro limiti clinici e forensi (*Valore statistico e non sul singolo, non hanno valore causale diretto, appartengono alle ipotesi cliniche di ricerca, non sono validi per tutti i soggetti e per tutte le circostanze, possono rappresentare un approccio terapeutico e non forense, debbono essere valutati nel loro aspetto dinamico per quanto concerne gravità, persistenza, intrusività, interattività e comorbilità, etc.*)
- b. in rapporto ai fattori protettivi (*fattori interni: buon livello di intelligenza, stile di attaccamento sicuro etc. fattori motivazionali: presenza di attività lavorativa, presenza di obiettivi di vita, buona aderenza alla terapia, etc., fattori esterni: relazioni affettive privilegiate valide, relazioni sociali gratificanti, etc.*)

In caso contrario, essendo accuratamente descritti in letteratura e nelle linee guida, numerosissimi fattori di rischio clinico (44,89,134,146) in tema di comportamento violento sulla persona (1) sarebbe quasi impossibile non trovare, per ogni caso di comportamento violento, uno o più fattori di rischio clinico. Analogo discorso vale per il comportamento suicidario. In conclusione con la causalizzazione dei fattori di rischio clinico è possibile stabilire i presupposti sul piano forense per *incriminare sempre tutte le persone* implicate nel controllo o nella assistenza al soggetto che metterà in atto un comportamento violento o suicidario.

Presentazione di letteratura non pertinente o inadeguata

Si tratta di casi in cui è presentata una letteratura scientifica non pertinente al caso oppure inadeguata perché costituita da *ipotesi cliniche di ricerca* o da *letteratura spazzatura* o *scienza spazzatura* e cioè di nessuna attuale rilevanza scientifica condivisa.

La legge prevede che la letteratura scientifica di copertura rappresenti valide conoscenze scientifiche accettate da riviste nazionali ed internazionali ed avallate da società scientifiche importanti (*evidenze cliniche condivise*). Inoltre la letteratura deve essere coerente con la contestualizzazione del caso per cui si

procede. In caso contrario non sarebbe difficile *contrabbandare* come scienza, nella pletora di scritti con pretese scientifiche, le più bizzarre diagnosi e terapie.

Causalizzazione e concausalizzazione pregiudiziale del disturbo psichico

La causalizzazione e la concausalizzazione pregiudiziale del disturbo psichico consiste nell'attribuzione errata al disturbo psichico del ruolo di causa, anche e soprattutto attraverso la specificazione di concausa, in relazione ad un fatto previsto come reato. Questo errore si può basare sul pregiudizio che il comportamento del soggetto con disturbo psichico sia sempre strettamente condizionato al disturbo di cui soffre. Come se il disturbo psichico causasse sempre, in modo automatico, una incapacità di intendere e di volere grandemente scemata o totalmente esclusa ed il soggetto non potesse mai fruire, nelle sue scelte comportamentali, del libero arbitrio. Per giustificare questo pregiudizio erroneo, che normalmente avviene attraverso l'uso della concausa, l'elaborato peritale è costruito, in genere, con tre specifiche avvertenze.

a. La selezione mirata ed esclusiva della concausa

Confondendo i fattori eziologici di natura medica con i fattori causali di interesse giuridico, confondendo altresì la diagnosi psichiatrica clinica con la diagnosi psichiatrica forense peritale e sulla base del fatto che il soggetto ha effettivamente un disturbo psichico, la maggior parte dell'elaborato peritale è mirato alla descrizione del disturbo psichico e delle sue possibili relazioni con il fatto per cui si procede. In questo modo è focalizzata l'attenzione, *soprattutto emotiva*, sul rapporto tra disturbo psichico ed evento per cui si procede.

b. L'ingrandimento del disturbo psichico

Sono descritti tutti gli aspetti tribolanti del disturbo psichico tra cui la possibile violenza efferata e la crudeltà nel passaggio all'atto. È enfatizzata, in decine e decine di pagine, la devastante azione del disturbo psichico di pensare e di coltivare emozioni ed affetti a differenza di come accade per tutte le altre persone. Tutte descrizioni formulate senza una specifica contestualizzazione riferibile al caso per cui si procede.

c. Il travisamento causale del disturbo psichico

Selezionato dunque nell'elaborato peritale il quadro di un omicida affetto da un devastante disturbo psichico, in uno stato di grave scompenso legato al disturbo psichico ed appurata la presenza di una vittima del tutto innocente ed ininfluyente sulla dinamica omicidaria non è difficile diagnosticare un *nesso causale inesistente* tra disturbo psichico e fatti per cui si procede oppure trovare, col *senno del dopo* e col *travisamento causale del fatto irrilevante*, *qualcuno che ha sbagliato qualcosa*.

La legge prevede, in generale che

1. *sia stabilito un nesso causale documentato secondo specifici criteri, caso per caso, tra disturbo psichico e comportamento contro legge*
2. *che un soggetto con disturbo psichico può commettere atti contro la legge per motivi non legati giuridicamente al disturbo psichico e che questa eventualità sia considerata*
3. *che l'eziologia clinica sia diversa dalla causalità giuridica*
4. *che una concausa efficiente da sola interrompa il nesso di causalità*
5. *che debba essere valutato il concetto forense di occasione*
6. *che non tutti gli errori (appurato che lo siano) sono rilevanti ai fini giuridici*
7. *che il parere del perito o consulente sia motivato (rispettando completezza, correttezza, logicità, plausibilità) in modo adeguato (soprattutto sull'uso del farmaco)*
8. *che vi sia una corretta valutazione della valenza indicativa attribuita ai fatti accertati*
9. *che vi sia realtà di mezzi impeditivi per evitare l'evento*
10. *che vi sia valutazione, quando esiste la razionalità e scientificità, del dubbio derivante dalla prospettazione di ipotesi alternative*

È tuttavia da rilevare che la concausalizzazione pregiudiziale del disturbo psichico offre, come nel caso che precede, una *semplificazione emotiva pregiudiziale* di voler trovare a tutti i costi un colpevole: vuoi al disturbo psichico, vuoi a chi non ha saputo guarirlo. Questa offerta diventa ancora più allettante se si aggiungono altre variabili. Per esempio allorquando l'incarico della consulenza è conferito a quella parte che richiede un vistoso risarcimento economico al sanitario o permette al consulente di continuare ad essere, nella sua percezione, "amicus curiae" (consulenti che tendono ad assecondare presunti desideri della pubblica accusa).

Psichiatria della spiegazione scientifica

La psichiatria della spiegazione scientifica consiste nell'erronea attribuzione di valore di disturbo psichico ad una spiegazione scientifica di un comportamento non patologico. Una spiegazione scientifica elaborata ed approfondita del perché una persona abbia intrapreso la professione di psichiatra (di avvocato, di giudice, etc) non significa necessariamente che questa persona soffra di un disturbo psichico.

Rifiuto dell'imprevedibile, dell'inevitabile e dell'inguaribile

Vi sono elaborati peritali che non contemplano l'idea che esistano eventi *imprevedibili, inevitabili ed inguaribili*. A causa di questo errato pregiudizio vi sono elaborati peritali che attribuiscono responsabilità inadeguate a chi, in teoria, dovrebbe impedire l'evento dannoso.

Partendo dal pregiudizio, errato, che il suicidio o il comportamento violento siano sempre prevedibili, evitabili e guaribili diventa poi *facilissimo trovare qualcuno colpevole di qualcosa* soprattutto con l'uso di altri errori metodologici di ragionamento forense (*senno del poi, si poteva fare di più, si poteva fare diversamente, causalizzazione dell'errore irrilevante, etc.*)

La giurisprudenza sottolinea la possibilità di imprevedibilità, inevitabilità e di non guaribilità del soggetto con disturbo mentale (Corte di Cass IV sez Pen. n. 14766/16) In particolare la legge non prevede che chi deve evitare che si verifichi un evento dannoso abbia le caratteristiche di

1. *indovino infallibile* (preveda sempre il futuro)

2. *poliziotto ideale* (conosca sempre tutte le informazioni su tutti)
3. *divinità onnipotente* che domina lo svolgersi degli eventi (controllo onnipotente su tutte le variabili che motivano l'azione)
4. *santo guaritore* (non vi è, ad eccezione di casi particolari, l'obbligo di guarire, ma solo quello di curare con adeguatezza: obbligo di mezzi secondo buona pratica clinica e non obbligo di risultati)
5. *miracoloso profeta del bene, guardiano della moralità pubblica* (neutralizzando sempre tutto il "cattivo" ed il "malato" che c'è, ogni giorno, nel mondo).

Risulta di primaria importanza, per evitare il formarsi di pregiudizi in merito ad aspettative miracolistiche della psichiatria, che siano gli stessi psichiatri a mettere chiaramente in luce nelle loro comunicazioni a tutti i livelli e soprattutto con i loro utenti

non solo quello che la psichiatria può fare, ma anche quello che la psichiatria non può fare (chiarezza dei mezzi impeditivi dell'evento in possesso dello psichiatra)

Travisamento del fatto

Il travisamento del fatto consiste nell'alterare (volontariamente, per fini personali, per ignoranza, per superficialità di giudizio, per semplificazione erronea di una complessità clinica e scientifica che si ignora, etc.) la realtà ed il significato clinico e forense di un fatto ed utilizzare questa alterazione ai fini di giustizia.

La metodologia peritale deve tenere conto delle evidenze cliniche condivise in tema di autolesionismo. Ad esempio l'autolesionismo può non essere, in tutti i casi, un fattore clinico di rischio clinico suicidario in quanto può essere motivato da un gran numero di motivazioni (1) estranee allo specifico agito suicidario per cui si procede:

1. regolazione emotiva,
2. controllo sul cognitivo
3. difesa contro la dissociazione e la depersonalizzazione,
4. punizione verso se stessi
5. ricerca della realtà,
6. necessità di una identità,
7. manipolazione per ottenere un guadagno illecito,
8. equivalente di un atto sessuale,
9. etc.

Psichiatrizzazione del sintomo

La *psichiatrizzazione* del sintomo, nell'ambito generale del travisamento del fatto, consiste, in modo specifico, nell'attribuire in modo errato ad un sintomo valore di patologia psichiatrica mentre si tratta di una manifestazione comune e fisiologica di una comune esperienza umana presso la popolazione generale.

In ambito clinico e forense essere "tristi, stanchi ed affaticati dal lavoro e ritenere che la vita sia difficile e crudele" non sono sintomi, se considerati isolatamente, di un disturbo psichico. Sono stati d'animo, anche

transitori e motivati, presenti normalmente nella popolazione generale e non costituiscono, da soli od insieme, nemmeno un fattore di rischio clinico secondo le *evidenze cliniche condivise* (1). Questo travisamento del sintomo con psichiatrizzazione prende il nome di *suicidalizzazione di un sintomo*, segno o comportamento. In caso contrario a quanto affermato tutte le persone che sono tristi, stanche ed affaticate dal lavoro e pensano che la vita sia difficile e crudele dovrebbero essere oggetto non solo di cura psichiatrica, ma anche di misure cautelari da parte di un curante.

Impropria attribuzione dei sintomi del dopo il fatto a prima del fatto

Può accadere che sintomi intervenuti esclusivamente nel periodo dopo il fatto per cui si procede siano erroneamente attribuiti anche al periodo prima del fatto o durante il fatto. Questa inadeguata attribuzione di sintomi prima del fatto o durante il fatto può essere utilizzata per configurare psicopatologie cliniche ed infermità forensi che non esistevano.

Confusione tra motivazione ed autolegittimazione

Può accadere che soggetti, soprattutto con disturbo psichico, giustificino l'atto contro legge non solo con: a) callidità difensiva; b) particolare attenzione a mantenere una buona opinione di sé stessi, ma anche c) con meccanismi propri e peculiari del loro disturbo psichico. La autolegittimazione, in questo ultimo caso in particolare, può essere colma di alterazioni del pensiero, dell'affettività, etc., essere modulata dal simbolico, dall'immaginario, da idee prevalenti, da contenuti deliranti, etc., che possono conferirle un aspetto, a livello manifesto, di grave psicopatologia. Questa reale o apparente psicopatologia della *autolegittimazione* non può né deve essere confusa con le variabili alla base della *motivazione* all'agito contro legge. Concretamente vi può essere una *motivazione "normale" o "criminale"* all'agito che verrà giustificata dal soggetto ricorrendo alle più *svariate autolegittimazioni* conflittuali, callidità difensive giuridiche, meccanismi psicologici di difesa per la salvaguardia di una propria buona identità personale e sociale ed anche uso di psicopatologie del proprio e specifico disturbo psichico quali *pretestazioni* con presunti deliri, allucinazioni, sonnambulismo, impulsi irresistibili, etc.

La legge prevede l'esistenza di un nesso causale tra disturbo psichico e fatto per cui si procede chiarendo senza fraintendimenti che ci può essere un disturbo psichico ma non il nesso causale con l'agito contro legge.

Confusione tra ipotesi cliniche di ricerca ed evidenze cliniche condivise.

La corretta metodologia peritale riconosce le *evidenze cliniche condivise* (dati scientifici approvati e condivisi dalla letteratura nazionale ed internazionale e dalle società scientifiche più accreditate) e non le *ipotesi cliniche di ricerca* (studi che necessitano di ulteriori approfondimenti e condivisioni con autorità scientifiche).

Confusione tra diagnosi psichiatrica clinica e diagnosi psichiatrica forense peritale.

La metodologia forense peritale, pur tenendo conto della *diagnosi psichiatrica clinica* (come appare nei vari trattati di psichiatria clinica e nei manuali di classificazione statistica dei disturbi psichici), si basa sulla

diagnosi psichiatrica forense peritale e cioè sui sintomi e segni di interesse psichiatrico al *momento dei fatti* ed *in relazione allo specifico fatto* per cui si procede. Ad esempio una diagnosi psichiatrica clinica di disturbo dell'umore può presentare nella diagnosi forense peritale differenti sintomo e segni : da uno scompenso maniacale ad una crisi depressiva od un intervallo libero da sintomi psicotici.

Confusione tra astratto e concreto.

La valutazione peritale penale deve trovare le sue basi *nell'attuale, nel concreto, nel riconoscibile, nel reale* e non *nell'astratto, nel teorico e nel possibile*. Ad esempio la posizione di garanzia nei suoi aspetti dottrinali deve essere valutata in concreto se il soggetto era in possesso reale dei *mezzi impeditivi* dell'evento per cui si procede; della *beneficialità* specifica al momento dei fatti; della *volontà* espressa del soggetto interessato; etc

Confusione tra dati statistici e dati contestualizzati.

La valutazione peritale penale si basa su *dati contestualizzati* allo specifico caso per cui si procede e non esclusivamente o prioritariamente su *dati statistici generali*. Un farmaco ad esempio può ,a livello statistico avere una buona percentuale di successo terapeutico, ma nel caso per cui si procede può presentare una resistenza e non offrire alcun vantaggio terapeutico od addirittura può presentare dannosi effetti collaterali tali da controindicarne la somministrazione.

Mascheramento della diagnosi

Il mascheramento, inteso in senso generale come difficoltà diagnostica (*diagnostic overshadowing*) consiste nella attribuzione di ogni sintomo presentato da un soggetto al mero disturbo principale, che *spiega tutto e maschera tutto* rendendo difficile il riconoscimento di altre psicopatologie, disturbi psichici che sono presenti ed in associazione. In ambito forense il mascheramento della diagnosi psichiatrica può essere più complesso e manifestarsi con il *mascheramento della motivazione all'atto* e con il *mascheramento del nesso causale*.

Contaminazione pregiudiziale

La contaminazione pregiudiziale consiste nell'applicazione del pregiudizio che tutti i gravi disturbi psichici, i disturbi di personalità, le emozioni e passioni, etc influiscono sempre, in modo penalmente rilevante, sulla capacità di intendere e di volere indipendentemente dalla valutazione del nesso causale e della specificità dell'atto per cui procede a termini legge. La contaminazione pregiudiziale, in particolare legata a pregiudizi popolari ed ignoranza della disciplina forense anche se contrabbandata in modo apparentemente sofisticato, non tiene conto non solo della *imputabilità morale* (capacità di comprendere il valore ed il disvalore dell'atto commesso) ma anche della *imputabilità psicologica* (capacità di comprendere il significato e conseguenze del proprio agire) e della *imputabilità al momento ed in riferimento al fatto* per cui si procede (e non a comprensioni teoriche ed astratte di pretese realtà psico-sociali)

Colonizzazione

La *colonizzazione* (*contagio, trasmissione a reticolo, costruzione collettiva dell'abuso*),(1) è un processo di alterazione della verità dei fatti, in particolare in ambito della perizia di abuso del minore, che parte dalla convinzione che

se un bambino racconta un episodio traumatico il racconto deve essere vero

Partendo da questo pregiudizio errato si attua un meccanismo di verifica volto solo a raccogliere le prove favorevoli o ritenute favorevoli all'assunto di base. Le domande tendenziose che rispettano il pregiudizio possono portare a tradurre i timori ed i convincimenti di chi valuta a costruire nel soggetto *falsi ricordi, impianti ed innesti impropri di memorie*. In qualche caso estremo di denuncia di abusi su minori si può arrivare (1)

ad una condivisione collettiva di falsi ricordi che, nel caso dell'abuso satanico, nascono intorno ai miti e alle leggende che popolano l'immaginario di ogni individuo

Effetto domino

Alcune perizie e consulenze sono una copiatura acritica di perizie e consulenze precedenti. In particolare possono essere accettati esami psichiatrici, diagnosi psichiatriche, valutazioni forensi precedenti, etc., senza un vaglio critico, un controllo, alcun provvedimento di verifica e di falsificazione. In questo contesto è caratteristico l'*effetto domino* delle diagnosi psichiatriche che tendono a ripetersi, indipendentemente dalla loro giustezza e validità scientifica da uno psichiatra al successivo. Accade cioè in qualche perizia e consulenza quello che accade nel gioco del domino: il giocatore successivo attacca la sua tessera di gioco ricopiando fedelmente lo stesso numero finale del giocatore precedente. Quanto precede non sta a significare che non esistano realtà cliniche e forensi che non possano essere convalidate.

Ipersemplicizzazione pregiudiziale non scientifica

Sia in ambiente clinico che forense è molto frequente la criticità legata ai soggetti che in campo medico, psichiatrico, giuridico, esprimono pareri non scientifici, legati ai loro pregiudizi e che tendono, in modo improprio, a semplificare la realtà, non raramente con l'indubbio fascino

- a. di una chiarezza concettuale che sembra improntata "al più sano buonsenso popolare" seppur impropria al caso e non scientifica
- b. di un aspetto tranquillizzante sui possibili conflitti ansiogeni, non necessariamente consapevoli, delle persone implicate.

Questi soggetti sono noti come *semplificatori* e basano le loro affermazioni prevalentemente su pregiudizi non rispettosi *delle evidenze cliniche condivise* (1) Esempi clinici di queste *ipersemplificazioni pregiudiziali non scientifiche* sono numerosi:

- *essendo da tanto tempo in cura psichiatrica ed avendo una grave psicosi è incapace di intendere e di volere* (ignorando che la legge prevede il nesso causale tra disturbo psichico e comportamento, che le emozioni e passioni non influiscono a livello forense sulla capacità di intendere e di volere, etc.)
- *l'autolesionismo è sempre un tentativo di suicidio* (ignorando la ventina di dinamiche in cui l'autolesionismo non ha intenti suicidari);

- *i farmaci antidepressivi impediscono il suicidio* (ignorando che non tutti i depressi si uccidono, ignorando le controindicazioni alla prescrizione degli antidepressivi, etc);
- *i farmaci guariscono gli stati di agitazione psicomotoria e quindi evitano il suicidio ed il comportamento violento sulle persone* (ignorando le criticità scientifiche legate all'azione del farmaco sul sintomo, il nesso causale del comportamento col sintomo, la non adeguatezza del farmaco ad agire su di un comportamento multi determinato, etc).
- *se lo psichiatra avesse curato bene il paziente avrebbe evitato il suicidio o l'omicidio* (ignorando il nesso causale, l'obbligo di cura e non di guarire, la multi determinatezza di eventi come il suicidio e l'omicidio, etc.)

Risposte inadeguate ai quesiti

Alcuni periti o consulenti non forniscono risposte adeguate ai quesiti posti dal magistrato:

- *Risposte non richieste (extra petita)*. Ad esempio nel corso di una perizia medico legale sulle cause di morte il perito esprime dubbi non motivati e pregiudiziali sulle responsabilità professionali dello psichiatra che aveva in terapia il soggetto deceduto. A volte queste risposte non richieste invadono campi di competenza altrui, sono contro i principi etici e deontologici o violano precisi articoli di legge.
- *Risposte ambigue o contraddittorie*. In certe perizie non è facile comprendere la risposta ai quesiti. In alcuni elaborati, poi, possono riscontrarsi risposte contrastanti ed incongruenti tra loro. Non ci riferiamo in questi casi ad una attenta, chiara e scientificamente valida disamina delle criticità cliniche e forensi sul caso specifico.
- *Risposte non motivate*. Il perito o consulente debbono motivare il loro parere: qualcuno non lo motiva o lo motiva in modo insufficiente(1)

Catena di variabili sfavorevoli

La richiesta, l'esecuzione, l'accettazione ed il risultato di una perizia o consulenza possono essere il risultato finale di numerose variabili sfavorevoli per l'interessato, che si concatenano tra loro e si caratterizzano ognuna per piccoli travisamenti dei dati clinici e delle valutazioni forensi.

Mancato approfondimento diagnostico

A livello di metodologia peritale la diagnosi psichiatrica deve essere formulata sulla base di

1. un adeguato approfondimento della stessa
2. una diagnostica differenziale

A questo proposito può essere ricordata una regola generale metodologica clinica e forense (283):

Plus l'analyse du passage à l'acte violent est étudiée en profondeur, plus la dynamique de ce passage à l'acte devient compréhensible, celui-ci n'étant donc pas toujours directement en relation avec la pathologie psychotique.

Obiettivi non ufficiali

L'obiettivo ufficiale (*mission ufficiale*) nell'esecuzione di una perizia psichiatrica è quello di fornire al magistrato, *sotto il profilo scientifico, clinico e forense, la risposta più approfondita ai quesiti posti per la comprensione circostanziata del caso per cui si procede*. Gli obiettivi non ufficiali (*mission non ufficiale*) nell'esecuzione di una perizia possono essere molteplici e strettamente legati alle *zone di conforto, aree di sicurezza personale, percepiti di preferenze* da chi distribuisce l'incarico, *mediazioni politiche* tra consulenze in opposizione, etc.

Conclusioni

Gli errori metodologici che precedono sono stati descritti in relazione alla costruzione di un elaborato peritale. Questi errori metodologici, in tema di valutazione della relazione tra disturbo psichico e comportamento previsto dalla legge come reato, possono anche essere presenti presso la popolazione generale e soprattutto tra tutti i protagonisti di un evento giudiziario. In questo senso gli errori descritti possono essere alla base della psichiatrizzazione delle comuni esperienze umane, della criminalizzazione e deresponsabilizzazione pregiudiziale del soggetto con disturbo psichico e della colpevolizzazione non terapeutica della vittima.

Bibliografia

1) **Psichiatria Forense**. Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico, perizia psichiatrica. Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense. Nivoli G, Loretto L, Milia P., Nivoli A.M.A. Prefazioni di Claudio Mencacci, Bernardo Carpiello, Enrico Zanalda, Tullio Bandini, Gianfranco Iadecola. **Piccin Ed., Padova(2019)**.

Le linee guida in Psichiatria : criticità cliniche e forensi

Società Italiana di Psichiatria. Società Italiana di Psichiatria Forense

In medicina, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, si nutrono molte speranze nei confronti delle linee guida (LG) in merito al progresso in tema di beneficiabilità di cura ed alla formulazione di criteri obiettivi di responsabilità professionale negli interventi medici sui pazienti. Una LG può essere definita come: “Strumento di supporto decisionale, finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un miglior bilancio tra benefici ed effetti indesiderati tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola -laddove possibile- con il paziente od i

caregivers” (ISS- 2018). Alla base della costruzione e validazione di una LG vi sono conoscenze scientifiche qualificate che prendono il nome di evidenze cliniche. La definizione e l’utilizzo delle evidenze cliniche di base in medicina (EBM: evidence based medicine) consiste in un approccio alla pratica clinica dove l’algoritmo decisionale di trattamento risulta dalla integrazione tra l’esperienza del medico e “l’utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente” (Sackett et al, 1996). Obiettivo del presente scritto è un esame degli intenti programmatici (aspetti positivi), delle criticità cliniche (aspetti negativi) e della possibilità di applicazione delle LG in tema di responsabilità professionale (aspetti forensi).

Intenti programmatici

Per intenti programmatici si intendono tutte le funzioni utili delle LG sia nel loro aspetto teorico di desiderabilità che di attuale e reale applicabilità nella pratica quotidiana.

- **Osservanza costituzionale al diritto alla salute.** Come previsto dalla Costituzione Italiana ogni cittadino ha diritto alla salute fisica e psichica e le LG possono assicurarla attraverso il dovere del medico di somministrare le cure migliori al paziente e, concretamente ed a prescindere dall’ideale, attraverso l’*appropriatezza* del suo intervento. Inoltre le LG possono evidenziare il tipo e la qualità delle evidenze disponibili migliori per l’intervento e ridurre sino al eliminare le diseguglianze di processi di cura ed esiti assistenziali tra i diversi cittadini.
- **Miglioramento della salute pubblica.** Le LG favoriscono la promozione della salute fisica e psichica sulla base di evidenze cliniche condivise, di procedure e di trattamenti medici favorevoli alla beneficialità dell’utente.
- **Implementazione delle migliori pratiche cliniche.** Le LG stimolano e favoriscono il mantenimento di alta qualità clinica e aggiornamento scientifico nei trattamenti medici. Inoltre favoriscono l’attenuazione delle fluttuazioni involontarie delle qualità delle terapie mediche.
- **Evitamento di trattamenti dannosi, non necessari, costosi e obsoleti non funzionali, fantasiosi inappropriati e rischiosi.** Le LG servono anche ad evitare al Sistema Sanitario Nazionale costi elevati non necessari, o l’applicazione di *pratiche cliniche obsolete* (pratiche sanitarie ad alto impatto organizzativo e tecnologico inadeguatamente utilizzate nella

medicina difensiva); le fantasie diagnostiche (debolezza dell'io similpsicotica, disturbo depressivo parzialmente maniacalizzato, sindrome mista nevrotica e psicotica non altrimenti specificabile, etc); gli interventi dannosi alla salute ed a ridurre il rischio clinico elevato non consentito (salvaguardando il rapporto rischio-beneficio).

- **Promozione della ricerca.** Riconoscimento delle basi scientifiche della disciplina e dei trattamenti in psichiatria. Evitare la variabilità delle pratiche professionali non scientificamente giustificate. Evitare la “scienza spazzatura”. Stabilire, a scopo preventivo e curativo, il “burden of disease” e cioè l’impatto delle patologie sulla popolazione (mortalità, disabilità, utilizzo delle risorse economico-sanitarie, fattori di rischio, etc.).
- **Formazione professionale degli operatori in campo della salute fisica e psichica.** Attraverso la pubblicazione e diffusione delle raccomandazioni delle LG si favorisce la formazione professionale degli studenti, specializzandi, medici, specialisti, ed in genere di tutti gli operatori nel campo della salute fisica e psichica.
- **Punto di riferimento per la formulazione di buone pratiche cliniche assistenziali e loro finanziamento.** Le LG possono costituire riferimento per formulazione di piani regionali di salute, per specifici protocolli di intervento, per algoritmi decisionali nelle più svariate situazioni e possono costituire i presupposti necessari per il finanziamento di specifiche strutture sanitarie.
- **Informazione al pubblico sulle procedure mediche essenziali e comuni per la prevenzione ed il trattamento dei problemi di salute.** Le LG possono permettere una informazione reciproca e circolare tra operatori ed utenti: incontrare le istanze sociali ed i bisogni percepiti dalla popolazione e stabilire i criteri di prioritizzazione delle tematiche di salute oggetto di attenzioni privilegiate.

Criticità cliniche

Per criticità cliniche si intendono tutti i limiti e le carenze a livello scientifico e clinico che presentano le LG nella loro formulazione teorica ed applicazione concreta quotidiana al singolo caso oggetto di intervento medico e psichiatrico.

I processi di produzione ed i requisiti fondamentali di una linea guida di elevata qualità scientifica richiedono importanti risorse in termini di dispendio di tempo,

quantità di persone e costi elevati; quando, dopo anni di lavoro, le LG sono pubblicate rischiano di essere obsolete perché prive dei progressi scientifici più recenti ed attuali che in alcuni casi possono essere determinanti in tema di intervento medico sulla salute del paziente (Hilbert et al, 2017). La metodologia di sviluppo delle linee guida è un processo complesso e lungo, organizzato gerarchicamente attraverso differenti passaggi: il primo passaggio (step) è sempre la ricerca estensiva e più completa e dettagliata possibile della letteratura specifica su un determinato argomento (studi di EBM). A questo segue poi la classificazione dei dati ottenuti secondo vari parametri metodologici e l'elaborazione delle raccomandazioni finali. L'intervallo per la loro costruzione è di circa due anni (per esempio le NICE). Quando compaiono spesso sono in ritardo di qualche anno sul progresso scientifico. Questo dato deve essere valutato in rapporto al fatto che le scienze mediche presentano non solo un alto grado di specializzazione, ma anche un rapido accrescimento delle conoscenze scientifiche e soprattutto di innovazione degli interventi medici trattamentali. Gli aggiornamenti non sono sempre presenti e quando lo sono possono essere anche loro in ritardo sul progresso scientifico reale di cui deve poter disporre, non solo per deontologia *ma per legge, l'interessato*. Si riporta come esempio di "update" (aggiornamento) come le raccomandazioni di prima scelta nel trattamento acuto della depressione bipolare siano cambiate nelle stesse linee guida internazionali pubblicate prima e dopo il 2005. Nelle ultime edizioni infatti la quetiapina, sia in monoterapia che in combinazione, è stata aggiunta tra le raccomandazioni di prima scelta, grazie al fiorire di nuove evidenze scientifiche (Nivoli et al, 2011, Fountoulakis et al, 2008). Le LG devono quindi essere considerate uno "spaccato" (snap-shot) delle conoscenze scientifiche del momento. Per quanto concerne la composizione del gruppo di lavoro delle LG, si tratta normalmente di un gruppo multidisciplinare di esperti afferenti a vari ambiti con diverse competenze, priorità e scuole di pensiero (psichiatri, neurologi, psicologi, medici di famiglia, farmacologi, persone esperte sul tema specifico, statisti, economisti, assistenti sociali, associazioni di pazienti e familiari, pazienti, etc.). Come regola generale, gli esperti appartengono a diverse realtà culturali per facilitare l'applicabilità in diversi paesi, anche se vi sono delle eccezioni. Per esempio le linee guida NICE sono generalmente modulate in base alle specifiche esigenze ed organizzazione del sistema sanitario del Regno Unito, e per questo difficilmente generalizzabili ad altri contesti culturali. Come ulteriore esempio di complessità costruttiva delle LG possono essere esplicitate ulteriori variabili: valutazione dei processi decisionali; chiarificazione dei conflitti di interessi; ambito di utilizzo delle linee guida; metodi di indagine; scelta, revisione e studio critico delle evidenze cliniche;

formulazione delle raccomandazioni; rating delle evidenze cliniche alla base delle raccomandazioni; peer review e convalidazione degli stakeholders; studio e controllo della validità e tecniche di aggiornamento; ricerca e chiarificazione dei finanziamenti e sponsor. Ognuna di queste variabili presenta complessità interne a seconda della tipologia delle LG (ISS, 2018). Le LG possono essere costruite con differente grado di validità (ad esempio in Germania viene utilizzata una modalità di valutazione della qualità delle linee guida che identifica vari livelli: S1, S2K, S2e, S3). Le LG S3 sono le più complesse nella costruzione e le più affidabili clinicamente perché hanno la sistematica e completa ricerca delle evidenze cliniche, la classificazione delle stesse attraverso criteri chiari e prestabiliti, la valutazione della rilevanza clinica, la gradualità delle raccomandazioni derivate da un processo di consenso formale che include tutti gli stakeholders, i regolari aggiornamenti dopo la pubblicazione (The Association of Scientific Medical Societies in Germany -AWMF). Da rilevare non solo un *differente grado di validità* da un tipo di LG da un altro, ma anche nell'ambito della stessa LG un differente grado di validità tra le numerose variabili cliniche scelte per la costruzione e tra le numerose raccomandazioni di comportamento suggerite.

Le LG possono contenere gravi limitazioni scientifiche e cliniche alla base della scelta delle variabili utilizzate nelle loro costruzioni. Nella costruzione di una LG si devono operare scelte di variabili che ne escludono altre o che contengono importanti criticità o che sono ignorate pur essendo significative (ISS, Aprile 2018). Criticità legate alla diagnosi del disturbo psichiatrico. Una LG costruita privilegiando gli aspetti biologici del disturbo psichico e gli interventi medici farmacologici risulta diversa nelle diagnosi e nelle raccomandazioni di intervento terapeutico da una linea guida che privilegia gli aspetti psicodinamici del disturbo psichico e gli interventi psicoterapici e psico-sociali. Ricordiamo alcune possibilità di scelta che si impongono nella costruzione di una LG: tipologia dottrinale della psichiatria di riferimento (biologica, psicoanalitica, fenomenologica, esistenziale, narrativa, positiva, evoluzionistica, etc); manuale diagnostico di riferimento (DSM-5, ICD10, PDM, RDoC, HiTOP, TPS, PRISM, etc); tipo di psicopatologia determinante la diagnosi (categoriale, dimensionale, sindromica, dinamica, per internalizzazioni od esternalizzazioni, per comorbidità, per comunanza, etc); tipologia della evoluzione nell'ambito dello staging del disturbo psichico (scompenso, remissione, ricaduta, recidiva, prodromi, intervallo libero, omotipia, eterotipia, etc); variabili per la “definition of disorder and disease state stage” (definizione categoriale, evidenze cliniche scelte e “recommendations changes”). Criticità legate alla tipologia delle evidenze cliniche nell'ambito della qualità delle informazioni (Levels of evidence) e importanza, rilevanza,

fattibilità, priorità della informazione e raccomandazione (Strength of Recommendation). I dati clinici ottenuti dalla ricerca bibliografica vengono infatti classificati secondo dei metodi standardizzati e ad ogni elemento viene assegnato un livello o categoria di evidenza scientifica (category of evidence, CE) che descrive il livello di efficacia di quell'intervento (farmacologico, psicoterapico etc) e che si evince dai dati dell'EBM (RCT, Meta-analysis, etc). Informazioni addizionali circa i dati di tollerabilità e sicurezza possono essere poi integrate, determinando infine le differenti raccomandazioni per ogni intervento (recommendation grades, RG). La qualità dell'evidenza scientifica sarà quindi graduata dalla più alta (es. almeno due studi RCT positivi) per la quale ulteriori studi non cambierebbero con grande probabilità l'affidabilità nello stimare l'efficacia dello specifico trattamento, fino ad una evidenza molto bassa (es. nessun RCT, solo case reports) in cui l'affidabilità nello stimare l'effetto del trattamento è molto incerta. Ogni linea guida determina a priori i criteri per l'assegnazione di tali livelli di evidenza e raccomandazioni. Tali criteri possono variare nelle differenti linee guida. Alcune linee guida conferiscono maggior peso agli studi RCT, altre alle meta-analisi, non tutte considerano la presenza di evidenze negative ("negative evidence") oppure la mancanza di studi adeguati ("lack of evidence"), specificandone la differenza nel processo di assegnazione dei CE. Per esempio la mancanza di dati adeguati non preclude necessariamente l'utilizzo di quel trattamento nella pratica clinica, mentre la presenza di dati negativi implica una raccomandazione di non utilizzo. *Da qui consegue che i livelli di evidenza e le raccomandazioni possano variare per uno stesso intervento terapeutico da una LG ad un'altra.* Per esempio, nel caso delle linee guida di trattamento per il Disturbo Bipolare, solo le quelle della WFSBP considerano i risultati delle meta-analisi con un certo criticismo (CE=B), conferendo maggiore evidenza a studi RCT (CE=A). Criticità legate al disegno metodologico degli studi scientifici (RCT, meta-analisi, naturalistic e register studies; consenso tra esperti, esiti a differenti tipi di trattamento: farmacologico, psicoterapico, intervento psico-sociale). La maggior parte delle linee guida si basa primariamente sull'analisi dei dati EBM che derivano dagli studi RCT, e tale eccessivo peso conferito a questa tipologia di studi, sebbene da un lato aumenti l'affidabilità dei dati, dall'altro crea alcune limitazioni, soprattutto in relazione *all'applicabilità e generalizzabilità delle raccomandazioni nell'ambito della pratica clinica quotidiana.* La scarsa generalizzabilità dei risultati di uno studio RCT può essere legata per esempio ai criteri di inclusione del campione in esame che disegnano dei "pazienti ideali". Si escludono infatti comorbidità, rischio suicidario, abuso di sostanze che caratterizzano invece la maggior parte dei pazienti che lo psichiatra deve trattare nella sua pratica clinica.

Gli studi randomizzati controllati a doppio cieco (RCT) e le meta-analisi sono infatti oggetto di revisione scientifica e metodologica. I primi incominciano ad essere sostituiti con la valutazione dei “big data” elaborati con learning machine su grandissimi campioni di popolazione (o su piccoli campioni per ipotesi di fattibilità di ricerca, con maggiori possibilità di “fakes”, attraverso artifici del *training-set e testing-set* sempre nell’ambito del deep-learning). Le meta-analisi incominciano a non essere più considerate una panacea che estrapola e racconta solo la verità scientifica ed elimina gli errori eventuali di singoli lavori scientifici (Goodwin et al, 2016). Inoltre sempre maggior attenzione si presta a variabili importanti che non sempre sono esaminate o privilegiate nelle LG (la sicurezza e la tollerabilità sono spesso poco studiate od evidenziate; la sicurezza e tollerabilità in campioni di piccole dimensioni non possono rispondere a criteri più generali o casi particolari più rari e specifici; mancanza di studi che mettono in luce il successo con altri parametri secondari; mancanza di studi che mettono in luce i fallimenti terapeutici, ma non sono stati pubblicati; etc.). Infine vi sono delle criticità legate alla metodologia di ricerca delle evidenze cliniche nell’ambito del publications bias, che implicano il tipo e l’estensione dei database su PubMed, Embase, ISI web, etc.; la *excess significance*; la scelta delle parole chiave di ricerca; l’utilizzo prevalente od esclusivo di una lingua; l’esclusione di forme alternative di pubblicazione (libri, video, pubblicazioni di ricerche su riviste non indicizzate; etc) (Heres et al, 2006; Preti et al, 2016).

Le LG non sempre presentano le raccomandazioni più benefici, a livello scientifico e nelle pratica quotidiana per la salute fisica e psichica del paziente. Ricordiamo alcuni esempi di raccomandazioni non ottimali per la beneficiabilità del paziente riportate dalle LG: la sottoutilizzazione del litio negli Stati Uniti rispetto alla Inghilterra (Bastiampillai et al., 2017; Cipriani et al., 2013), la clozapina sottoutilizzata nella prevenzione del suicidio (Warnez et al, 2014), sottoutilizzazione dei trattamenti psicosociali (intervento sulla famiglia, supporto sociale, supporto lavorativo, cognitive remediation, social skill training, life skill training) nella schizofrenia (Norman et al., 2017). E’ da sottolineare che vi sono eventualità in cui certi trattamenti sono considerati non etici e quindi non possono essere valutati (ad esempio studi con placebo). Inoltre vi è una sottovalutazione di tanti studi che sono stati condotti senza placebo ed i casi clinici ove i pazienti sono in gravi difficoltà (Jorm, 2017). Da segnalare inoltre la criticità legata alla esclusione di farmaci *off-label* di comprovata efficacia clinica. Non sono, come dovrebbero, spesso esplicitati i trattamenti alternativi e non sono chiarite le aree di incertezza (PNLG). Alcuni esempi di aree di incertezza possono essere estrapolati dalle linee guida per il trattamento del disturbo

bipolare. L'arco di tempo necessario per definire una *risposta parziale* o una *non-risposta* non è chiaramente identificato, così come non vengono chiaramente indicati i criteri di passaggio da un farmaco di prima scelta ad uno di seconda scelta. Ugualmente vi sono numerose aree di incertezza rispetto alla modalità diagnostica, sia in termini sintomatologici che sindromici, e non sempre vengono specificati i sottotipi di disturbo o caratteristiche cliniche dell'episodio a cui ci si riferisce. (Nivoli et al, 2011-2012). In particolare le LG sono spesso carenti dei più moderni obiettivi trattamentali come, ad esempio contempla la *psichiatria positiva*: recovery; resilienza; etc.

Esistono numerose differenze di raccomandazioni in tema di intervento medico sul paziente, talvolta anche contrastanti ed opposte tra le diverse LG sullo stesso argomento, che in qualche caso possono creare più confusione che chiarezza. Anche la persona più profana delle discipline mediche e psichiatriche può ad una prima occhiata (*cursory glance*) rilevare le differenti indicazioni e raccomandazione tra diverse LG su di uno stesso tema (Saddichha et al., 2014). Ad esempio, a proposito della terapia elettroconvulsivante, le LG NICE (2014) non raccomandano nella depressione bipolare la ECT, mentre le LG BAP (2016) la raccomandano nella depressione resistente al trattamento (Goodwin et al., 2016). Sempre a proposito di terapia della depressione possiamo rilevare la grande diversità di raccomandazioni e l'assenza di raccomandazioni in diverse LG a seconda della tipologia di depressione: nella depressione con sintomatologia atipica, le LG APA e le Maudsley non indicano alcuna raccomandazione specifica, le LG Canadesi raccomandano l'utilizzazione di farmaci quali fluoxetina, sertralina o moclobenide, le NICE raccomandano SSRI e fenedrina (Saddichha et al., 2014). Questa differenza di intervento medico raccomandato tra diverse LG, si sottolinea ulteriormente, è legato a numerosi fattori: la differente metodologia di costruzione (opinione di esperti, panel di consensus, esame della letteratura scientifica, uso sequenziale di varie metodologie, etc.); l'obiettivo delle LG (risparmio economico, finalità scientifiche, finalità terapeutiche, evitamento di contenziosi giudiziari, etc.); il tipo di prodotto finale (LG generali, LG su specifici argomenti, algoritmi decisionali dettagliati, etc.); specifici bias (author's bias, selection bias, allegiance: sponsors bias, publications bias, etc.). Da sottolineare in modo più specifico tra gli author's bias le scelte delle evidenze cliniche legate a specifiche correnti di pensiero scientifico in tema di diagnosi e terapia, *pregiudizi personali, conflitti personali di interessi*. Tra gli sponsors bias, è da segnalare che i nuovi trattamenti possono essere influenzati dalle case farmaceutiche senza essere convalidati da una lunga esperienza clinica. La relazione tra case farmaceutiche

e gli autori delle LG può condizionare le raccomandazioni di queste ultime. ([Cosgrove L et al., 2009](#))

Esiste una grande differenza (Treatment gap: discrepanza trattamentale) tra le conoscenze acquisite mediante studi scientifici clinici, randomizzati, controllati, in doppio cieco ed i trattamenti effettivamente attuati nella pratica clinica comune quotidiana sia in psichiatria che in altre discipline. Spesso le LG trattano di pazienti ideali o altamente selezionati posti in condizioni di terapia ideale o altamente selezionata e non di pazienti reali, che si trovano nella pratica clinica quotidiana, molto più complessi nelle psicopatologie e variegati nelle reattività delle loro unicità bio-socio-culturale in specifici contesti di cura spesso sottoprivilegiati, carenti se non francamente patogeni (Gray 2004). Non può essere ignorata la realtà che molti trattamenti di pazienti nella comune pratica quotidiana non raggiungono il minimo standard di prestazioni assistenziali previsto dalle LG (Jorm, 2017). Manca quindi la contestualizzazione dello specifico caso clinico reale nella sua unicità, irripetibilità e complessità bio-psico-sociale. Alcuni autori hanno proposto di integrare i dati evidence-based con *studi osservazionali*, adeguatamente disegnati dal punto di vista metodologico, naturalistici, che potessero contribuire a descrivere le caratteristiche cliniche del corso e della prognosi in campioni di pazienti relativi alla pratica clinica reale (Reed et al, 2009). Un esempio è quello relativo all'uso del valproato nel disturbo bipolare la cui raccomandazione come prima scelta nel trattamento a lungo termine degli episodi maniacali rispetto al litio è stata messa in dubbio nello studio BALANCE (Ghaemi et al, 2010). Alcuni farmaci come la lamotrigina, largamente usati nella depressione bipolare, vengono raccomandati come prima scelta da tutte le linee guida ma i dati di letteratura sono spesso discordanti (Nivoli et al., 2011). Infine, uno degli argomenti che suscita maggior interesse e divide la comunità scientifica mondiale è l'uso degli antidepressivi nella depressione bipolare. I dati di letteratura sulla loro efficacia sono inconclusivi e le linee guida presentano una enorme eterogeneità nelle loro raccomandazioni specifiche. Alcune LG raccomandano generalmente come prima scelta la associazione di antidepressivi (SSRIs) sempre in combinazione con litio/valproato o un antipsicotico (CANMAT e ISBD), altre LG non raccomandano l'utilizzo di ADs (ICG), altre solo come seconda scelta (WFSBP), mentre le LG BAP ammettono l'uso di antidepressivi anche in monoterapia se non vi è evidenza di episodi maniacali nella storia clinica del paziente

(Nivoli et al., 2011; Grunze et al. 2010; Goodwin, et al, 2009; Kasper et al., 2008; Yatham et al., 2009; NICE 2009).

Le LG sono spesso carenti di variabili di interventi psicosociali non solo particolarmente importanti, ma indispensabili nelle raccomandazioni per gli interventi medico-psichiatrici sulla salute fisica e psichica. Spesso le LG non contengono indicazioni sulla tipologia e graduazione degli interventi psicosociali, di assistenza ambientale, di accessibilità, facilitazioni e fruibilità delle strutture sanitarie di cura; della varietà e specificità degli interventi psicologici e delle psicoterapie; degli aspetti psicoeducazionali dei contesti familiari degli assistiti; delle specificità culturali e valoriali di gruppi ristretti di popolazioni; della validità specifica di applicazione in contesti culturali nazionali; dei differenti aspetti tradizionali e degli atteggiamenti pregiudiziali e sottoculturali legati al disturbo psichico; della conoscenza e del doveroso rispetto dei valori preferenziali e della autodeterminazione dei pazienti; etc. Concretamente, in tema di psichiatria, secondo la visione dinamica più recente della salute mentale costituita dalla reciproca interazione tra “*person, disorders e society*” (Javed et al., 2017) nelle LG è spesso considerato solo il disturbo psichico ed in particolare in un paziente ideale od altamente selezionato come accade nelle ricerche scientifiche. Un concetto emergente riguarda inoltre quali *outcomes* ottenere nella remissione del paziente, tra cui il dibattito internazionale valorizza ormai la “functional recovery” e la “personal recovery” rispetto alla mera assenza di sintomi (Demyttenaere et al., 2015). Inoltre le LG non tengono conto dell’influenza degli aspetti psico-socio-culturali dei guadagni primari, secondari e terziari del disturbo psichico, di tutte le svariate e numerose modalità di intervento non farmacologico quali i *fattori aspecifici della terapia* e la tipologia della *qualità della relazione terapeutica* (su grandi campioni di popolazione e specifico per gruppi selezionati) sul decorso e sull’esito del trattamento.

Difficoltà ad applicare le LG nella pratica quotidiana. E’ da considerare nella valutazione delle LG che quelle esistenti presentano molte difficoltà ad essere applicate nella comune pratica clinica quotidiana. Ricordiamo che le LG non devono essere solo desiderabili ed appaganti emotivamente e socialmente appellandosi esclusivamente alle regole d’oro dei loro affascinanti intenti programmatici, soddisfare comprensibili ma irrealistici desideri di trovare una panacea che risolva tutti i problemi di terapia e di responsabilità professionale, un immane sforzo di onnipotenza ossessiva reattiva per placare sentimenti di impotenza di fronte alle attuali misere e spesso contraddittorie conoscenze

scientifiche degli aspetti bio-psico-sociali della salute fisica e psichica degli umani. Le LG dovrebbe essere fattibili, applicabili, validate nella utilità e monitorabili nelle pratica. A livello generale è possibile affermare che in media in 17 anni considerati solo il 14% delle nuove scoperte scientifiche è entrato nella pratica quotidiana (Balas et al., 2000). Le LG sono conosciute solo da pochi professionisti. Solo il 40% dei medici di base in Germania conosce il trattamento dei tre principali disturbi cardiovascolari: ipertensione arteriosa, hearth failure e coronaropatia cronica (Karbach et al., 2011). Attualmente anche in centri accademici almeno il 40% delle decisioni cliniche adottate non sono supportate da evidenze della letteratura (Perlis et al., 2007). Tra i molti fattori che condizionano le difficoltà applicative possiamo ricordare: poche risorse economiche per la produzione e diffusione; le LG di alta qualità sono solo disponibili per i disturbi più frequenti; un livello super ambizioso di eccellenza scientifica abbassa il livello di miglioramento fattibile di progresso; le LG meno complesse presentano maggiore *compliance* e così le LG più pratiche (Jorm 2017; Prior et al., 2008); gli ostacoli alla implementazione dei trattamenti ottimali dipende dal sovraccarico di informazioni (*information overloading*) e dalla accettazione acritica e senza validazione delle informazioni; spesso le LG non prevedono, a livello operativo, una chiara priorità e diversità di raccomandazioni, chiare indicazioni su una seconda scelta di intervento quando la prima fallisce; etc. Ulteriori difficoltà nell'applicazione delle linee guida alla pratica clinica sono rappresentate dall'eterogeneità e complessità della diagnosi psichiatrica: nei RCT la diagnosi di inclusione dei pazienti si basa sui sistemi di classificazione (DSM-IV, ICD-10) e poca attenzione è dedicata a sottotipi specifici o caratteristiche sintomatologiche che, nella pratica quotidiana, guidano il processo decisionale di trattamento (es. nella depressione la presenza di sintomi atipici, caratteristiche miste, sintomi sottosoglia, etc). Un altro aspetto clinico che non trova supporto nelle linee guida è quello della “*discontinuation*”, ossia di quando interrompere un trattamento che non appare efficace o parzialmente efficace: le linee guida per il trattamento della depressione bipolare sono un esempio, in quanto non vi è un accordo nelle raccomandazioni di quando è necessario interrompere un trattamento inefficace, solamente le LG WFSBP suggeriscono un intervallo di tempo orientativo di 4 settimane.

Aspetti psichiatrico forensi

Gli aspetti psichiatrico forensi concernono l'esame critico della possibilità di utilizzare le LG per stabilire dei criteri per la valutazione della *responsabilità professionale* in ambito penale e civile.

Le LG debbono essere utilizzate in ambito di intervento terapeutico e nel campo forense alla luce delle numerose ed importanti criticità cliniche che presentano. Queste criticità sono legate, come dettagliatamente specificato in precedenza, a numerosi fattori: le differenti definizioni e grande variabilità nel tempo del disturbo psichico; le scelte metodologiche di costruzione e di validazione della LG; il differente grado di validità delle variabili cliniche e delle raccomandazioni; le discrepanze di raccomandazioni sullo stesso tema di differenti LG; il possibile non rispetto della beneficialità reale del paziente; l'esclusione di interventi psicosociali e variabili socio-culturali; la limitata o assente valutazione dei diritti legati alla autodeterminazione e scelte preferenziali dell'interessato e dell'influenza della relazione terapeutica; il riduzionismo od idealismo in tema di interventi sulla salute mentale; la mancata protezione dei limiti della normalità con indebite psichiatrizzazioni o criminalizzazioni; i numerosi e vari bias che le possono caratterizzare; l'assenza di contestualizzazione; le scarse e spesso contraddittorie conoscenze scientifiche attuali sui temi specifici trattati; etc.

Le LG in ambito forense debbono essere interpretate alla luce dei principi generali del diritto e della specifica metodologia psichiatrico forense. Nell'applicazione forense delle LG deve essere rispettata: la *gerarchia delle fonti del diritto* (costituzione, leggi, usi e consuetudini, etc); il *riconoscimento della loro forza vincolante* (vincolatività) differenziata (le sentenze non costituiscono legge, il principio/interpretazione in esse espresso può variare secondo il grado di giudizio e rappresentano sempre, seppur con peso giurisprudenziale differente, il parere motivato di uno o più magistrati su di un caso specifico); *le peculiarità del codice penale applicate alle LG* (attualità, concretezza, contestualizzazione al singolo caso in oggetto, rimproverabilità individuale, etc.). In particolare vi è la necessità di considerare la specifica metodologia e finalità psichiatrico forense, che è profondamente diversa dalla metodologia e dalle finalità di altre discipline quali la psichiatria clinica, la psicoterapia, la psicologia, le ricerche neurofisiologiche o neuro psicofarmacologiche, gli studi con reattivi mentali; etc (Nivoli et al., 2019). Ricordiamo alcuni elementi che contraddistinguono la specifica metodologia di valutazione psichiatrico-forense: nesso di

causalità, differenza tra eziologia clinica e causalità giuridica, principi della responsabilità professionale (perizia, prudenza e diligenza), reale possesso dei mezzi impeditivi nel perimetro di pertinenza della posizione di garanzia, concreta estensione dei mezzi cautelativi impropri per la valutazione dell'ampiezza del rischio consentito, necessità di una contestualizzazione nella sua unicità ed irripetibilità nella valutazione del caso per cui si procede, etc. Inoltre non può essere ignorato che gli stessi principi giuridici variano rapidamente nel tempo e spesso presentano "oscillazione pendolare" tra politiche liberali e politiche volte alla difesa sociale (Nivoli et al., 2019).

L'applicazione delle LG in campo forense deve valutare le criticità generali e specifiche dell'elaborazione peritale ed evitare gli errori metodologici più frequenti e comuni nella trasposizione del caso in oggetto dal mondo clinico al mondo del diritto.

Tra le criticità nella formulazione di un elaborato peritale sulla responsabilità professionale, oltre la qualificazione e l'affidabilità del perito e consulente (Nivoli et al., 2019) ricordiamo: pregiudizi sul disturbo psichico, pregiudizi sulla terapia psichiatrica, verità scientifica e parere peritale, il fascino del determinismo e del libero arbitrio, la tendenza alla cura, alla responsabilizzazione, alla protezione della normalità, etc. Tra gli errori metodologici più frequenti ricordiamo (Nivoli et al., 2019): la causalizzazione dei fattori di rischio, la concausalizzazione pregiudiziale del disturbo psichico, il mascheramento della diagnosi, la confusione tra eziologia clinica e causalità giuridica, diagnosi psichiatrica clinica e diagnosi psichiatrico forense peritale, evidenza clinica condivisa ed ipotesi clinica di ricerca, etc.

L'applicazione delle LG in campo forense, anche in tema di responsabilità professionale, necessita, sotto il profilo clinico, dell'aggiornamento scientifico adeguato e, sotto il profilo giuridico, della loro interpretazione alla luce delle più recenti norme giuridiche in campo penale e civile. Devono quindi essere prese in considerazione le leggi promulgate, le buone pratiche cliniche assistenziali di Società Scientifiche, l'attualità delle evidenze cliniche condivise presenti dopo la pubblicazione delle LG e non da queste considerate, etc. Ad esempio l'introduzione dell'art. 590-sexies c.p. (legge 8 marzo 2017, N. 24) prevede una causa di non punibilità *solo nei casi* in cui l'esercente della professione sanitaria abbia individuato ed adottato linee guida adeguate al caso concreto e versato in colpa lieve da imperizia nella fase attuativa delle raccomandazioni previste dalle stesse.

Utilizzo inappropriato delle LG in campo forense. L'utilizzo delle LG che non rispetta le osservazioni metodologiche forensi che precedono non è rispettoso delle norme di legge e si basa sul grave, dannoso e diffuso pregiudizio errato di fare confusione tra clinica e diritto: due discipline con metodologie e finalità diverse (Nivoli et al., 2019). Concretamente sulla base dell'estrema variabilità delle raccomandazioni cliniche delle diverse e numerose LG si può sempre trovare, in buona o cattiva fede, "qualcosa per accusare o per assolvere qualcuno" (trascurando che le LG ad una attenta lettura "non dicono solo cosa fare, ma anche cosa non fare"). Queste *letture pregiudiziali pseudo legali errate* delle LG possono aumentare i contenziosi non giustificati in tribunale basati su aspettative non realistiche e possono stimolare una Psichiatria Difensiva che potrà esitare nel tempo in costruzione di LG, non solo rinunciatarie e private di una attiva e creativa opera trattamentale, ma anche di tipo difensivo ed autotutelativo quale "ombrello di protezione medico-legale" che ridurranno la beneficialità del paziente sino, concretamente e non necessariamente con intenzionalità, ad arrecare maleficialità. Le LG hanno lo scopo di aiutare, favorire, migliorare e non di restringere, mortificare od impaurire, per una possibile denuncia all'autorità giudiziaria, l'intervento medico-psichiatrico su chi ne ha necessità e diritto.

Conclusioni

Sotto il profilo dell'apporto di beneficialità al paziente e della promozione del progresso scientifico le LG rappresentano uno strumento utile e funzionale da approfondire e valorizzare.

Sotto il profilo clinico le LG presentano molti intenti programmatici chiari e funzionali alla promozione della salute fisica e psichica e molte criticità scientifiche e cliniche nella loro costruzione e nella formulazione delle raccomandazioni. Tuttavia, le LG **non possono sostituire un giudizio clinico contestualizzato** su uno specifico caso clinico. Le LG debbono essere utilizzate, nel singolo caso clinico, alla luce delle loro molteplici criticità.

Sotto il profilo forense le LG, come attualmente concepite, non possono essere utilizzate in tema di responsabilità professionale senza una loro interpretazione su base giuridica con

metodologia psichiatrico forense, analogamente a qualsiasi altra informazione clinica e scientifica, con le sue qualificazioni e criticità, in medicina e psichiatria.

Bibliografia

- Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. In: Bemmell J, McCray AT, editors. Yearbook of Medical Informatics 2000: Patient-Centered Systems. Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000:65-70).
- Bastiampillai T, Sharfstein SS, Allison S. Increasing the Use of Lithium and Clozapine in US Suicide Prevention. *JAMA Psychiatry*. 2017 Apr 1;74(4):423.
- Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013 Jun 27;346:f3646.
- Cosgrove L, Bursztajn HJ, Krinsky S, Anaya M, Walker J. Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines. *Psychother Psychosom*. 2009;78(4):228-32.
- Demyttenaere K, Donneau AF, Albert A, Anseau M, Constant E, van Heeringen K. What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients (1). *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:390-6.
- Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008 Nov;11(7):999-1029.
- Ghaemi, S.N., 2010. From BALANCE to DSM-5: taking lithium seriously. *Bipolar Disorders* 12, 673–677.
- Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes T, Cipriani A, Coghill DR, Fazel S, Geddes JR, Grunze H, Holmes EA, Howes O, Hudson S, Hunt N, Jones I, Macmillan IC, McAllister-Williams H, Miklowitz DR, Morriss R, Munafò M, Paton C, Saharkian BJ, Saunders K, Sinclair J, Taylor D, Vieta E, Young AH. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2016 Jun;30(6):495-553.
- Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes T, Cipriani A, Coghill DR, Fazel S, Geddes JR, Grunze H, Holmes EA, Howes O, Hudson S, Hunt N, Jones I, Macmillan IC, McAllister-Williams H, Miklowitz DR, Morriss R, Munafò M, Paton C, Saharkian BJ, Saunders K, Sinclair J, Taylor D, Vieta E, Young AH. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2016 Jun;30(6):495-553.
- Goodwin, G.M., Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology, 2009. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology *Journal of Psychopharmacology*. *J. Psychopharmacol*. 23, 346–388.
- Gray, Concise guide to evidence based psychiatry, American Psychiatry Publishing, 2004: Reed, C., Novick, D., Gonzalez-Pinto, A., Bertsch, J., Haro, J.M., 2009. Observational study designs for bipolar disorder — what can they tell us about treatment in acute mania? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 15, 715–721.

- Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G.M., Bowden, C., Licht, R.W., Möller, H., Kasper, S., WFSBP task Force on treatment guidelines for bipolar disorders, 2010. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *The World Journal of Biological Psychiatry* 11, 81–109.
- Heres S, Davis J, Maino K, Jetzinger E, Kissling W, Leucht S. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry*. 2006 Feb;163(2):185-94.
- Hilbert A Hoeck H.W, Schmid R., Evidence–based clinical guidelines for eating disoeders: International comparison. *Curret Opin Psychiatry* 2017, 30: 423-427.
- ISS-Procedure per la proposta di inserimento di linee guida nel Sistema Nazionale Linee Guida. Manuale Operativo. Centro Eccellenza Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure. Istituto Superiore Sanità. versione 2.01 (20-4-2018).
- Javed A, Herrman H. Involving patients, carers and families: an international perspective on emerging priorities. *BJPsych Int*. 2017 Feb 1;14(1):1-4.
- Jorm A. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries, *World Psychiatry* 2017, 16:90-99.
- Karbach U, Schubert I, Hagemeister J, Ernstmann N, Pfaff H, Höpp HW. Physicians' knowledge of and compliance with guidelines: an exploratory study in cardiovascular diseases. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Feb;108(5):61-9).
- Kasper, S., Calabrese, J.R., Johnson,G., Tajima,O., Vieta, E., Viguera, A., Yatham, L.N., Young, A.H., 2008. International Consensus Group on the Evidence-Based Pharmacological Treatment of Bipolar I and II Depression. *J. Clin. Psychiatry* 69, 1632–1646.
- Manuale Metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica. Centro Eccellenza Clinica Qualità e Sicurezza delle Cure. Istituto Superiore Sanità. versione 1.0 Aprile 2018.
- NICE clinical guidelines. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, update 2009.
- Nivoli AM, Colom F, Murru A, Pacchiarotti I, Castro-Loli P, González-Pinto A, Fountoulakis KN, Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):14-26.
- Nivoli AM, Murru A, Goikolea JM, Crespo JM, Montes JM, González-Pinto A, García-Portilla P, Bobes J, Sáiz-Ruiz J, Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar mania: a critical review. *J Affect Disord*. 2012 Oct;140(2):125-41.
- Nivoli GC, Loretto L., Milia P., Nivoli A. *Psichiatria Forense*. Buone pratiche cliniche assistenziali in tema di suicidio, comportamento violento sulla persona, rivendicazioni di interesse psichiatrico e perizia. Piccin Ed. Padova, 2019 (in press).

- Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):617-623).
- Perlis RH. Use of treatment guidelines in clinical decision making in bipolar disorder: a pilot survey of clinicians. *Curr Med Res Opin*. 2007 Mar;23(3):467-75.).
- Preti A, Vrublevska J, Veroniki AA, Huedo-Medina TB, Fountoulakis KN. Prevalence, impact and treatment of generalised anxiety disorder in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2016 Aug;19(3):73-81.
- Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008 Oct;14(5):888-97).
- Sacket DL, J. A. Gray, R. B. Haynes, and W. S. Richardson Evidence base medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13; 312(7023): 71–72.
- Saddichha S, Chaturvedi SK. Clinical practice guidelines in psychiatry: more confusion than clarity? A critical review and recommendation of a unified guideline. *ISRN Psychiatry*. 2014 Mar 31;2014:828917.
- Warnez S, Alessi-Severini S. Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry*. 2014 Apr 7;14:102. doi: 10.1186/1471-244X-14-102.
- Yatham, L.N., Kennedy, S.H., Schaffer, A., Parikh, S.V., Beaulieu, S., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R.S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L.T., Young, A.H., Alda, M., Milev, R., Vieta, E., Calabrese, J.R., Berk, M., Ha, K., Kapczinski, F., 2009. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*. 11, 225–255.