SOCIETA ITALIANA TOSSICODIPENDENZE

14° CONVEGNO REGIONALE CAMPANIA

DIPENDENZE PATOLOGICHE E CIRCUITO PENALE: COMPLESSITÀ DELLA DIAGNOSI, DEL TRATTAMENTO, DELLA RETE

Attestazione dello stato di tossicodipendenza in ambito penale

La responsabilità professionale nelle certificazioni:

gli adulti, i minori, la certificazione delle nuove forme di dipendenza

PRINCIPI GENERALI (per servizi speciali)

di

Mariagrazia Fasoli

Valle di Maddaloni, 15 maggio 2019

Dei delitti e delle pene..

- *Art 479 C – Falso Ideologico:* **da 1 a 6 anni di reclusione**
- *Art. 83 DPR 309/1990 – Prescrizione abusiva:* **stesse pene previste dall'art.73**
- *Art. 73 DPR 309/1990- Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope:* **da 6 a 20 anni di reclusione**

Chi sono i «delinquenti» accusati di tali reati ?

Alessandria 2018: dopo 4 anni, la sentenza

IMPUTATI

dei reati di cui:

PICOZZI:

1) all'art.479 c.p. perché, agendo nella qualità di pubblico ufficiale, quale direttore del SERT penitenziario di Alessandria, nell'esercizio delle sue funzioni attestava falsamente, nel diario clinico riferito Rossi Aldo Cristian, detenuto all'interno della casa di reclusione S. Michele di Alessandria, che questi avesse manifestato craving *per oppiacei [Rossi Aldo Cristian era entrato in carcere dalla libertà il 12.10.2007, era in terapia con metadone, che interrompeva il 2.8.2009, e da questa data non assumeva più alcuna terapia necessità di sostitutiva. Nei primi giorni di settembre 2013, in prossimità del termine della detenzione, allo scadere del quale avrebbe dovuto scontare un biennio in colonia agricola, Rossi Manifestava ansie e contrarietà per l'esecuzione della misura di sicurezza; il PICOZZI, allora, senza effettuare alcun esame analitico e senza che il detenuto avesse mai manifestato alcun desiderio o intenzione di riassumere stupefacente, diagnosticava il predetto* craving *per oppiacei – testualmente scriveva nel diario clinico: "si conferma grave disforia secondaria alla riemergenza* craving *per oppiacei in prossimità della scarcerazione ..." – e prescriveva terapia sostitutiva a base di "Suboxone", 2 mg/die, sospendendo la somministrazione di Rivotril, farmaco ansiolitico che il detenuto precedentemente assumeva].*
In Alessandria, il 11.9.2013;

2) agli artt.73 e 83 D.P.R. 309/90 perché, agendo nella qualità di cui al capo 1 e con la condotta ivi descritta, effettuava a favore di Rossi Aldo Cristian la prescrizione del "Suboxone", sostanza stupefacente, per uso non terapeutico [nel caso di specie, in assenza di necessità terapeutiche, ovvero per effetto della falsa diagnosi di cui al capo che precede, prescriveva Suboxone per 2 mg/die].
In Alessandria, tra il 11 settembre ed il 1 ottobre 2013;

PICOZZI e SCARZELLA:

3) agli artt.110 e 479 c.p. perché, in concorso tra loro, agendo nella qualità di pubblici ufficiali, PICOZZI quale direttore del SERT penitenziario di Alessandria, SCARZELLA quale medico dipendente del predetto servizio, nell'esercizio delle loro funzioni attestavano falsamente, nella "certificazione del SERT in relazione allo stato di tossicodipendenza da sostanze", datato 5.7.2012, che Lusha Shkelqim, detenuto all'interno della casa di reclusione S. Michele di Alessandria, era affetto da "dipendenza da cocaina in ambiente controllato", senza peraltro che venga mai somministrata alcuna terapia sostitutiva [certificazione allegata all'istanza di affidamento in prova ex *art.94 D.P.R. 309/90, depositata al Tribunale di Sorveglianza di Torino il 13.6.2013, rigettata il 21.8.2013].*
In Alessandria, il 5.7.2012;

4) agli artt.110 e 479 c.p. perché, in concorso tra loro, agendo nella qualità di pubblici ufficiali, PICOZZI quale direttore del SERT penitenziario di Alessandria, SCARZELLA quale medico dipendente del predetto servizio, nell'esercizio delle loro funzioni attestavano falsamente, nella "certificazione del SERT in relazione allo stato

I reati in esame, quindi, appaiono insussistenti non solo sotto il profilo oggettivo ma anche sotto quello soggettivo.

P.Q.M.

visti gli artt.442, 530 c.p.p.

ASSOLVE

PICOZZI Giancarlo e SCARSELLA Michele dai reati loro rispettivamente ascritti perché il fatto non sussiste.

Visto l'art.544 c.p.p. indica in giorni 90 il termine per il deposito della motivazione.

Alessandria, 6.4.18.

Il Giudice
Paolo Bargero

TRIBUNALE di ALESSANDRIA
Depositato in cancelleria
oggi 03 LUG. 2018

16

TRIBUNALE ORDINARIO DI ALESSANDRIA
N. 576
DEL 16
RICHIESTA DEL 7/7/18
RILASCIO DEL
IL CANCELLIERE

Perciò prendiamola alla larga…

- Cosa è una certificazione?
- Cosa può essere certificato?
- Chi può e deve certificare?
- Chi può chiedere una certificazione?
- «Certificazioni» SERT: perche la vita per noi è così complicata?
- Come fare il nostro dovere restando a piede libero senza arricchire gli avvocati?

E poi (se avremo tempo)

- Consigli d’amica per certificare in area penale senza tea di essere smentiti(ed inquisiti)

Cosa NON E' una certificazione?

- Non è una relazione clinica
- Non è un parere professionale
- Non è una diagnosi

Cosa è una certificazione?

“testimonianza scritta di un pubblico ufficiale (art. 480 CP) o dell’esercente una professione sanitaria o forense (art. 481 CP) o dell’esercente altro servizio di pubblica necessità (art. 481 CP) su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre conseguenze aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa…” (Barni)

Cosa si può certificare?

- **CIO' CHE E':**
  - » **vero**
  - » **oggettivo**
  - » **<u>direttamente</u> constatato dal professionista**

… QUINDI

- diagnosi e prognosi rappresentano solo **indirettamente** l'oggetto della certificazione perchè
- non c'è obbligo di infallibilità ma obbligo di riferimento a fatti documentabili su cui ci si è basati per certificare

ATTENZIONE! REATO IN VISTA…

Art 476 "Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma in tutto o in parte un atto falso o altera un atto vero (…)

Art 477 (…) contraffà o altera (..)

Art 478 (…) ne simula una copia (..) ovvero rilascia copia diversa dall'originale

Art 479 (…) attesta falsamente che un ato è stato da lui compiuto o è avvenuto in sua presenza (…) attesta dichiarazioni a lui non rese (…) omette o altera (…)

Art 480 attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità (…)

Art. 481 CP «Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità (…)».

Art. 493 CP: estende ad incaricati di pubblici servizi le disposizioni precedenti

IMPORTANTI SIA FORMA CHE CONTENUTO!

- **Falso materiale (artt. 476, 477, 478, 479 CP) riguarda la struttura del documento (data, luogo, firma, alterazioni successive alla redazione…)**
- **Falso ideologico (artt. 479, 480, 481 CP) "attesta falsamente in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità"**

Attenzione! Altro reato in vista…

- ART 328 CP "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto dell'ufficio che, per ragioni di (…) igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, (…) colui che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa (…)"
- (… e poi ci sono i Codici Deontologici)

CHI PUO CHIEDERE UNA CERTIFICAZIONE?

- Chi ne abbia interesse (per analogia ad art 24 Costituzione: «Tutti possono agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi legittimi»).

In ambito sanitario (fidatevi…):

- **Il diretto interessato se maggiorenne e capace (O NO?) ***
- **Gli esercenti la potestà genitoriale o il tutore**
- *L'amministratore di sostegno? Mah!*

art. 120 DPR 309/1990 *«Qualora si tratti di persona minore di eta' o incapace di intendere e di volere la richiesta di intervento può essere fatta, **oltre che personalmente dall'interessato…*

CHI PUO E DEVE CERTIFICARE?

- **Il pubblico ufficiale (art. 480 CP)**
- **L'esercente di una professione sanitaria o forense (art. 481 CP)**
- **L'esercente di altro servizio di pubblica necessità (art. 481 CP)**

Servizio di pubblica necessità: *1) privati che esercitano professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza spec. abilitazione dello Stato, quando il pubblico sia per legge obbligato a valersene; 2) privati che adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità da un atto della pubblica Amministrazione (art. 359 CP)*

CHI PUO E DEVE CERTIFICARE?

- La certificazione comporta la responsabilità professionale e penale del redattore che, a differenza della responsabilità civile, è sempre personale (artt. 27 e 28 Costituzione)
- NIENTE "CONDIVISIONI" CON REGIONI, "EQUIPE", DIPARTIMENTI, "CONSENSUS CONFERENCE", O ALTRI…
- Le «linee guida» sono solo linee-guida.

Cosa ci chiede di certificare la legge (309 e le altre)?

Tutto quanto:

- **è <u>tecnicamente</u> apprezzabile e valutabile, e riguarda lo stato di salute del paziente (???) e le sue condizioni psicologiche e sociali e/o…**
- **… è esplicitamente previsto dalla legge (👎✗✓👍!!!)**

PERCHE' OCCORRONO 45 «difficili» PAGINONE?

- **Certificare nei Servizi Tossicodipendenze: chi, cosa, per chi, quando e perché. Prima parte: principi generali e certificazioni in ambito extrapenale (Mariagrazia Fasoli)**
- **Certificare nei Servizi Tossicodipendenze: chi, cosa, per chi, quando e perché. Seconda parte: certificazioni in area penale (Daniela Rossi Romano)**

www.sdrogabrescia.org

…è un mondo difficile!

MA CHI E' IL
~~*PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE*~~
CLIENTE DEL SERT?

- **T.U. 309/90 art. 120 "Chiunque faccia uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope…"**

- **Art 13 "…tutte le sostanze e i preparati indicati nelle convenzioni e negli accordi internazionali…"**
- **L'uso non terapeutico NON è necessariamente un uso patologico… e il legislatore (ogni tanto) lo sa benissimo.**

TU 309 (con le altre): molte richieste.... (👎✗✓👆!!!)

- **“Abuso”** **per sanzioni amm**. **anziché penali** (75 e 75 bis 309)
- **“Uso abituale”** ***per*** ***distinguere consumatori da altri detentori*** *(DM 186/90)*
- **“Stato di td o alcoldip”** **per arresti domic. anziché cust. cautel.** (art. 89, c 2)**, per affidamento dopo condanna** (art.94), **per sosp pena dopo concluso pos. progr terap** (art 90)
- **“Assunzione sporadica”, “condizione di tossicodipendenza”, “positivo recupero”** **per idoneità alla mansione** **(**Accordo stato-regioni ex art 125)
- **«Non uso di sost stupefacenti»** **per idoneità guida** (art. 119 CdS)

...anzi moltissime!

- **"Assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti"** (art. 41 D. Lgs. 81/2008)
- **Ubriachezza e "comportamento sotto azione stupefacenti" preordinati a reato o a precostituzione scusa per aumento pena** (92, 93 CP)
- **"Dedizione a sostanze stup." per aumento pena** (94 CP)
- **"Cronica intossicazione" per diminuzione o esclusione imputabilità** (95 CP)
- ***"persone svantaggiate (...) i tossicodipendenti, gli alcoolisti (...)" per inserimento lavorativo ex lege 381/1991***

Siamo medici (…) o caporali? Ahimè… ( )

- A differenza di quanto avviene in tutte le altre discipline mediche, psichiatria compresa, le "condizioni" di competenza del SERT sono basate in minima parte su dati di rilevanza clinica e si riferiscono a fatti il cui rilievo dipende dalla legge stessa. Perciò il paradigma clinico "imposto" da alcuni articoli di legge risulta spesso incongruente al "disposto" di altri.
- ATTENZIONE A CRITERI «DIAGNOSTICI»

(cfr. www.sdrogabrescia.org)

TD (e altro) o NON TD? «DIAGNOSI» o «NONDIAGNOSI»?

- **«L'abuso» e la «dipendenza» da sostanze nel DSM 5 non ci sono e, comunque, un gruppo (molto chiacchierato…) di psichiatri americani ha impatto zero sulla legislazione italiana.**
- **Anche con l'ICD 10 c'è ben poco da «direttamente constatare»**
- **I famosi esami tossicologici con cui stressiamo i nostri pazienti non hanno, di per sé, nessuna rilevanza in nessun sistema diagnostico (ma di sicuro hanno rilevanza medico-legale)**
- **Il DM 186/1990 non riporta un solo criterio coincidente con i criteri DSM e ICD, a parte la sindrome d'astinenza (che con la dedizione patologica c'entra pochissimo)**

D. M. 186/1990: *"L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su*

uno o più degli elementi valutativi appresso indicati:

a) riscontro documentale tratt. socio-sanitari per tossicodipend. presso strutt. pubbliche e private, soccorsi ricevuti in pronto soccorso, ricovero per tratt. patologie correlate, precedenti accertamenti medico-legali;

b) segni assunz. abituale della sostanza;

c) sintomi fisici e psichici intossicazione in atto;

d) sindrome di astinenza in atto;

e) presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti."

DSM 5: almeno 2 delle seguenti condizioni in 12 mesi

1. Sost. assunta in quantità o tempo maggiori del voluto;
2. Desiderio o sforzi infrutt. di ridurre o controllare uso
3. Gran parte del tempo per trovare, usare o riprendersi
4. Forte desiderio uso
5. Uso compromette obblighi sociali
6. Uso nonostante problemi sociali
7. Attività importanti abbandonate o ridotte
8. Uso in situazioni pericolose
9. Uso nonostante problemi fisici o psicologici

10-11 astinenza e tolleranza

GAP, ultima «trovata»

- **Il Testo Unico 309/1990 non fa alcun riferimento né al GAP né ad altre «patologie» comportamentali**
- **La legge 189/2012 art.5 comma 2 aggiorna i L.E.A.** «con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, cosi' come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanita' (G.A.P.)»
- **In calda testo unificato DDL che prevede certificazione da parte del SERT e nomina amministratore di sostegno**

Definizione ICD 10 per GAP

F63.0 Pathological gambling

The disorder consists of **frequent**, repeated episodes of gambling that dominate the patient's life to the **detriment** of social, occupational, material, and family **values** and **commitments.**

Fonte: ICD-10 2016 (Current version) in http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/

Criteri DSM 5 per GAP (4 o più, in 12 mesi)

- Bisogno di giocare crescenti somme di denaro per eccitamento desiderato
- Inquieto o irritabile quando tenta di ridurre o cessare il gioco
- Ripetuti sforzi per controllare, ridurre o cessare il gioco
- Frequentemente preoccupato per il gioco
- Spesso gioca quando si sente stressato
- Rincorre le perdite
- Mente per nascondere l'entità del coinvolgimento
- Compromessi o perduti relazioni significative, lavoro, opportuinità di studio o carriera a causa del gioco
- Conta su altri per risolvere situaz. finanz. disperata dovuta al gioco

Cosa c'è di patologico nei nostri ambulatori?

- **Se giochi e vuoi continuare a giocare** (non vuoi lasciare un cent ai tuoi nipoti e questo è il modo più divertente di dilapidare i tuoi soldi? con la pensione di 600 euro al mese ti aspetta la miseria per il resto dei tuoi giorni e così hai almeno una possibilità su un milione di cambiare vita? con tutti i debiti che hai ti conviene pensare che nessuno è più onnipotente del nullatenente e se giochi o diventi ricco o diventi nullatenente? ti devi far certificare una patologia da quei polli del SERT così magari non vai in galera per tutti i soldi dei condomini che amministri portati a Lugano in barca?) **son fatti tuoi.**
- **Se vuoi smettere e non ci riesci son fatti nostri**

Se l’oggetto della certificazione nelle cosiddette dipendenze comportamentali non può essere il comportamento in sé (peraltro agito altrove) ma la sua genesi mentale cosa c’è di «oggettivo» e «direttamente constatabile» in quello che ci viene riferito dall’interessato o da altri?

CERTIFICAZIONI CHE FARE?

- **Per il nostro bene e per quello dei nostri «clienti» le nostre «certificazioni» dovrebbero essere redatte facendo riferimento letterale a criteri e terminologia compatibili con gli obbiettivi della legge o dell'articolo di legge o della norma che le prevede o dell'uso che l'interessato ne vuol fare anche scegliendo i riferimenti diagnostici più opportuni.**
- **Altrimenti nel mondo reale succede che....**

La realtà romanzesca….oltre Alessandria (TUTTO VERO!)

- **Brescia, 2009:** 9 mesi per far restituire patente a pensionato spedito al SERT dopo incidente per morfinuria pos dovuta a morfina fattagli in PS
- **Ostuni 2010:** procedimento per falso contro medico che certifica la tossicodipendenza di paziente in terapia sostitut. perché gli inquirenti ritenevano che, avendo esami tox. negativi, non fosse tossicodipendente.
- **Torino 2013:** Tribunale Sorveglianza respinge affidamento e certificazione SERT ex DM 186/’90 perché «Orbene!» altro perito dichiara che 3 singoli esami pos (urine, capello e pelo pubico) non dimostrano la «tossicodipendenza».

PERCHE,PERCHE,PERCHE? Un passo indietro….
(chi non conosce la Storia è condannato a ripeterla…)

Perché e per chi esistono i SERT? (sigh!)

- **Testo Unico 309/90:** legge "speciale" che riguarda potenzialmente almeno il 20% dei residenti, accomunati dall'aver assunto sostanze vietate e perciò "destinati" al SERT in quanto lavoratori, guidatori, detentori, criminali, tossicomani (veri) che mantengono tutti i diritti che altre leggi riconoscono al paziente perché il SERT

è

e resta

(anche ma non solo) un servizio clinico

PRIMA del SERT

- 1846 “Hachisch” tra studenti di Padova “mistica panacea di ogni male” (“Il Caffè Pedrocchi”, 13 dic.)
- 1859 “Sulle virtù igieniche della Coca”, Mantegazza
- 1863 Leone XIII premia “Vin Mariani”
- 1898 Eroina Bayer “non produce dipendenza”
- 1912 Conferenza Internazionale dell’Aja
- 1954 Legge 1041: pene aggravate dopo vari scandali
- 1970 arresti raddoppiati, diffusione tra gli studenti
- 1971 un terzo dei “drogati” in manicomio, fino a 2 anni
- 1975 boom dell’eroina, 10 giovanissimi morti
- Legge 675/1975:depenalizza il consumo, vieta i ricoveri in psichiatria, istituisce i Centri Medici e di Assistenza Sociale

Quando vengono istituiti i SERT ?

DOPO CHE:

- non si potevano più ignorare i danni mentali prodotti da droghe, prescritte o non prescritte
- il controllo sulla produzione era fallito
- le misure penali erano fallite
- la gestione psichiatrica del problema era fallita
- il problema si era allargato ai “giovani”
- il problema si era saldato con il conflitto generazionale

Perché nascono i SERT?

- **Per rispondere al "panico" dell'opinione pubblica NON consumatrice di fronte ad un fenomeno divenuto rapidamente incontrollabile, minaccioso per la struttura sociale esistente, parte di una "contestazione globale" dei valori fondanti della società.** *(da "Bambina innamorata" a "Lucy in the sky with diamonds")*

- **I problemi sanitari venivano presentati (da una parte) come «giuste» conseguenze di cattivi comportamenti o (dall'altra) come falsificazioni «autoritarie» e NON erano la preoccupazione principale per nessuno dei «contendenti».**

“Medici” “Sociali” “Multidisciplinari”…

Le credenze dei legislatori (e degli «esperti») sul “problema droga” …

- **“malattia cronica” dovuta ad alterazioni biologiche irreversibili (problema medico)**
- **“errore”, riparabile con il “cambiamento” del pensiero e/o dei “valori” (problema educativo)**
- **patologia personalità (problema psicologico)**
- **sintomo di disagio famigliare (probl. morale)**
- **sintomo di disagio sociale (problema sociale)**

TUTTO INSIEME

ANCHE SE LE «MODE» CULTURALI CAMBIANO LA LEGGE RESTA

I CLIENTI DEL SERT

- **IL DROGATO CRIMINAL-BISOGNOSO**
  (CARCERE, DORMITORIO, MENSA, SERVIZI SOCIALI, AVVOCATI, PIE DONNE, MAGISTRATURA, COMUNITA' RIEDUCATIVA, **SERT**)
- **IL TOSSICODIPENDENTE MALATO CRONICO**
  (MEDICO DI BASE, OSPEDALE, CENTRI MST, AMBULATORI INFETTIVOLOGIA, COMMISSIONE INVALIDI, COMUNITA TERAPEUTICA, **SERT**)
- **IL TOSSICOMANE PSICOLABILE**
  (PSICHIATRIA, CLINICA PRIVATA, GRUPPO DI AUTOAIUTO, **SERT**)
- **IL CONSUMATORE DEVIANTE (o no?)**
  (SCUOLA, LUOGHI LAVORO, COMMISS: PATENTI, **SERT**)

Cosa dovrebbero fare i SERT?

- La legge risponde soprattutto alle richieste dei non consumatori ma istituisce i SERT per chi "fa uso"
- I SERT sono servizi "medici" ma chi "fa uso" non è necessariamente malato
- La legge rende conveniente a chi delinque "fare uso" e chiedere la "terapia" al SERT, dovuta secondo l'art. 120 ma non secondo i codici deontologici

… l’impianto legislativo infatti:

- “punisce” (art 75) e garantisce la “cura” (art.120) alle stesse persone per lo stesso comportamento
- prevede per loro “programmi terapeutici” in alternativa a condanne penali fino a 6 anni
- “cura” reati e “punisce” malattie sancendo contraddizioni mediche e giuridiche che rendono il SERT e i suoi pazienti “corpi estranei” in entrambi i domini

C’è qualcosa nelle discipline cliniche che NON può essere integrato nella funzione che la legge attribuisce ai SERT?

Sì!

Le discipline cliniche, psichiatria compresa, presuppongono un coerente sistema di idee su paziente e malattia incompatibile con la missione sociale dei SERT italiani: offrire interventi implicanti ipotesi opposte sulla natura del problema per calare nel reale la sintesi politica di diverse posizioni ideologiche radicate nelle società da cui è nata la legge.

Conseguenze ?

RETI

- **Riunioni, “intese”, comitati, “carte”, “trattative”, consensus conferences, “protocolli”, vertenze, comitati, gruppi di lavoro, relazioni, riunioni, “intese”, “carte”, “protocolli”, “trattative”, vertenze, comitati, gruppi di lavoro, relazioni (…)**
-

….E STRAPPI

(*Schedature***,** *«competenze territoriali», «programmi» e «regole» arbitrari e/o arbitrariamente imposti, fuga nella «prevenzione», burn-out, polemiche, denuncie …)*

nella (vana?) speranza di trovare qualche certezza

(SCORDATEVELO….)

…la bussola …

ART. 33 COSTITUZIONE ***"L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento. (…) È prescritto un esame di Stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi di scuole o per la conclusione di essi e per l'abilitazione all'esercizio professionale."***

“Missione” costituzionale del professionista (uau!)

ESTENSIONE PROFESSIONALMENTE AVVERTITA DI “CHIUNQUE”

PER RENDERE EFFETTIVI

UGUAGLIANZA, LIBERTA’, CERTEZZA DEL DIRITTO E (quindi) DEI DIRITTI COSTITUZIONALMENTE GARANTITI (art. 3: la Repubblica rimuove gli ostacoli che limitando di fatto libertà e uguaglianza…») ATTRAVERSO:

COMPETENZA

RAPPORTO DI FIDUCIA

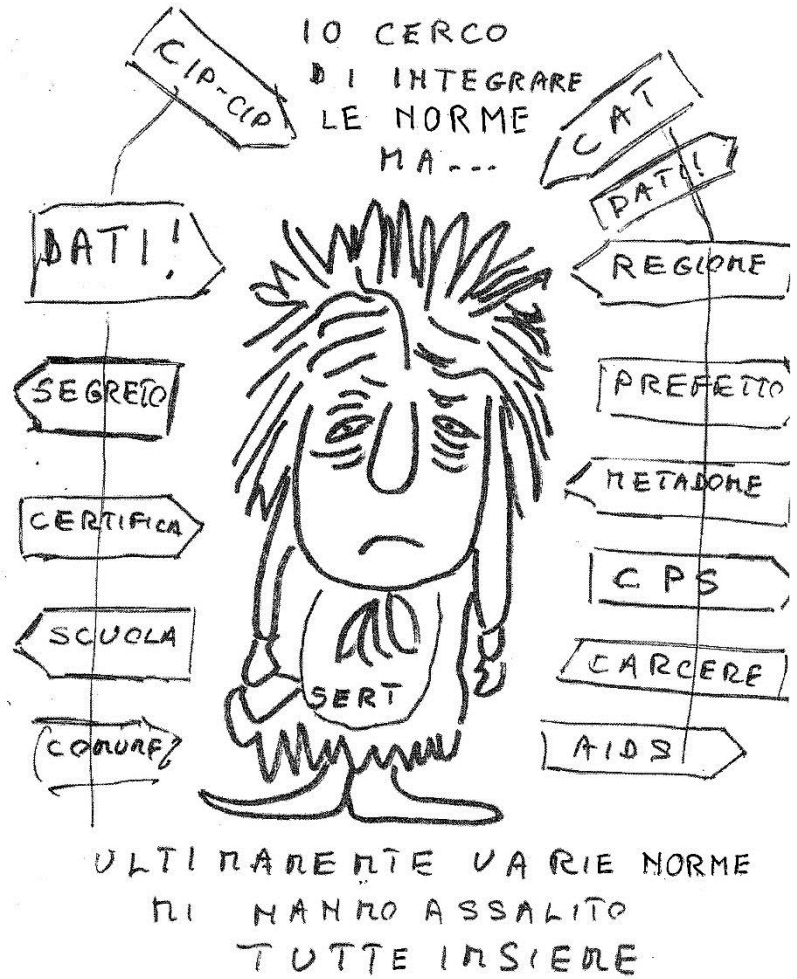
LIBERA SCELTA DEL CITTADINO (e non)

FEDELTA’ ALL’AMMINISTRAZIONE

(IN QUEST’ORDINE)

DA COSÌ ... . A COSÌ

è tutto un altro certificare



1- “Missione” NON è una «mission» (e si vede …)

- **Ci sono cose che i professionisti possono e devono fare e cose che non possono e non devono fare a tutela propria, dei propri (veri) «clienti» e (in Italia) della Repubblica**
- **Un professionista non prende «ordini» né dall’autorità giudiziaria né da nessun’altra autorità sul contenuto della professione perché «l’arte e la scienza sono libere e libero né è l’insegnamento»**
- **Un professionista non è infallibile ma è responsabile quindi ha il diritto e il dovere di prendere decisioni in base al proprio (documentato) «libero convincimento»**

2- “Missione” NON è una «mission» (e si vede …)

- **Chi, e a quale titolo, mi chiede questa certificazione?**
- **Qual è il legittimo uso che ne intende fare?**
- **Qual è il riferimento scientifico o normativo più adatto a conseguire il legittimo obbiettivo della certificazione?**
- **Di quali elementi oggettivi dispongo o potrei disporre per certificare quanto mi è stato richiesto e nulla di più?**
- **Quali informazioni devo fornire al richiedente sull’uso che altri potrebbero fare della certificazione?**

Certificazioni, che fare: struttura della certificazione

- **«Su richiesta di (…), visto (eventuale riferimento normativo che legittima la richiesta) si rilascia la seguente certificazione …»**
- **Esposizione separata dei fatti riferiti, documentati e direttamente constatati**
- **Conclusione con riferimento ai criteri scientifici e/o normativi opportuni per quella certificazione (definizioni «di legge», ICD 10, DSM…)**

E NIENT'ALTRO

Quali alternative, se non si «direttamente constata»?

- Riportare i fatti riferiti dall'interessato (sostanze assunte, problemi legali, lavorativi, famigliari collegati, esito dei tentativi di smettere, terapie effettuate)
- Riportare le interpretazioni e le sensazioni riferite dall'interessato (perdita di controllo, disagio percepito in assenza di sostanza, ecc)
- Riportare, con il suo consenso, quanto riferito da altri a conferma della versione dell'interessato
- Attestare che quanto riferito corrisponde ai criteri (citare il riferim. diagnostico) per la patologia in causa

Ma in sanità certificano solo i medici?

- Ogni professionista diritto e dovere di certificare fatti e comportamenti da lui tecnic. apprezzabili e valutabili
- Le malattie possono essere certificate solo dai medici anche perché presuppongono una diagnosi differenziale
- Ciò che è nell' ICD deve essere certificato da un medico
- Alcune «nonmalattie» come la «dipendenza da internet» potebbero rientrare nelle conclusioni di una relazione psicologica

Siamo sicuri che tutto ciò di cui ci occupiamo sia stato messo al posto giusto?

MAH! (se ne riparla in Parlamento)