

## Suicidio e responsabilità professionale

### *Suicide and malpractice*

ROBERTO CATANESI, FELICE CARABELLESE

Sezione Dipartimentale di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Bari

**RIASSUNTO.** Alcuni recenti pronunciamenti in tema di responsabilità dello psichiatra per suicidio dei pazienti hanno suscitato un vivace dibattito sugli obblighi assistenziali dei servizi psichiatrici pubblici, destando un diffuso clima di allarme fra i sanitari. In discussione in primo luogo i contenuti della "posizione di garanzia" dello psichiatra, in particolare i doveri di "protezione e sorveglianza" in relazione al pericolo di condotte autolesive, richiamati da recenti sentenze della Cassazione non solo quando il paziente si trovava in trattamento sanitario obbligatorio ma anche in regime volontario, in presenza di valido consenso alle cure. Il tema del suicidio richiama inevitabilmente quello della prevedibilità delle condotte autolesive e, soprattutto, della loro prevenibilità; gli Autori mettono a confronto dati di letteratura scientifica in argomento, il modello organizzativo psichiatrico territoriale con i principi dettati dalle sentenze, in particolare con la richiesta di "ulteriori e più rigorose regole cautelari", ponendo in evidenza la loro difficile sintesi. Un'eventuale applicazione alla lettera delle indicazioni giurisprudenziali farebbe correre il rischio di un cambiamento profondo nella qualità del rapporto psichiatra/paziente. Gli Autori, sforzandosi di adottare il punto di vista degli psichiatri, forniscono infine alcuni consigli operativi con l'obiettivo di contribuire a delimitare una buona pratica clinica secondo un'ottica medico-legale.

**PAROLE CHIAVE:** TSO, suicidio, responsabilità professionale, prevedibilità.

**SUMMARY.** Some recent statements on the subject of psychiatrists' responsibility for suicide committed by patients have provoked lively discussions about the welfare duties of public psychiatric services, causing a widespread climate of alarm among medical institutions. The discussion is primarily about the extent of the psychiatrist's "posizione della garanzia", in particular the duty of protection and surveillance in relation to the risk of self-destructive behavior, referring to convictions not only in TSO cases but also in cases of voluntary hospitalization and valid consensus on treatment. The subject of suicide inevitably reminds us of the predictability of self-destructive behavior and, above all, of its prevention. The authors compare data from scientific literature on this subject - the organizational model of territorial psychiatry - with the principles ordered by the convictions, in particular the request for "ulterior and more rigorous protective rules", thus highlighting their complicated synthesis. In the authors' opinion, a possible literal interpretation of the legal indications would risk a profound change in the quality of the relationship between psychiatrist and patient. The authors, striving to adopt the psychiatrists' point of view, want to finally provide some operational advice with the objective to delimit good practice according to a medico-legal view.

**KEY WORDS:** TSO, suicide, malpractice, predictability.

### INTRODUZIONE

Cominciamo a porci delle domande e a non dare nulla per scontato.

Perché, innanzi tutto, mette in relazione suicidio e responsabilità professionale? Il suicidio è forse prova di fallimento terapeutico? Quali sono gli obblighi che lo psichiatra ha nei confronti di un paziente a rischio suicida? Come si coniugano libertà, rispetto del pazien-

te e delle sue scelte e obblighi di protezione? Incidono sulla posizione di garanzia dello psichiatra, e in quale modo, i principi fondamentali incisi nella legge 180/78?

Prima di rispondere a queste domande, quantomeno a tentare di farlo, è necessaria una breve premessa. Occupandoci da tempo di responsabilità professionale psichiatrica sentiamo di poter dire che, da alcuni anni a questa parte, sempre più forte è lo sconcerto di tanti psichiatri che operano nel territorio di fronte alle nuo-

ve – oramai numerose – pronunce giurisprudenziali in tema.

Lo sconcerto nasce dalla difficoltà di portare a sintesi i modelli terapeutico-trattamentali delineatisi negli ultimi 30 anni di intervento psichiatrico nel territorio con i principi che la giurisprudenza sembra tracciare nel suo personale percorso evolutivo sulla responsabilità professionale medica.

Lo sconcerto, la preoccupazione non sono legate a generico timore di rispondere del proprio errore – nessun medico ne è esente, neppure lo psichiatra – ma alle incertezze entro cui il lavoro psichiatrico è posto, all'ambivalenza dei messaggi che giungono dal contesto, alla poca chiarezza dei principi a cui dover rispondere.

Tutti sanno della trasformazione dell'assistenza psichiatrica in Italia; per far bene il proprio lavoro lo psichiatra non si è limitato, in questi anni, a far proprie innovazioni e risultati della ricerca scientifica di settore, ha dovuto assorbire e modellare le prassi operative ai principi ispiratori della legge 180/78, quelli che hanno condotto non solo a una differente organizzazione trattamentale ma soprattutto a un diverso rapporto con il paziente, a una posizione medica più rispettosa dei diritti e delle libertà del malato di mente.

Il lavoro dello psichiatra era – ed è – dunque a un tempo orientato scientificamente (nel senso di aderente a regole di scienza) ma anche culturalmente, nella convinzione che i principi contenuti nella legge 180/78 abbiano riflessi benefici sulla salute mentale dei cittadini affetti da patologia di mente. La comprensione del lavoro dello psichiatra era – ed è – possibile dunque solo se osservata contestualmente con riferimento a regole di scienza ma anche del contesto organizzativo entro cui l'attività psichiatrica si svolge, diretto riflesso della cultura psichiatrica di riferimento, di cui la legge 180 è caposaldo.

Sembra il solito "pistolotto" pro-180, ma non vuole esserlo.

Si vuole solo affermare che valutazioni sulla responsabilità professionale dello psichiatra, quando il giudizio di merito verte non sulle scelte del dosaggio di un farmaco, né su possibili interazioni o effetti collaterali, bensì su quanto lo psichiatra possa (o debba) controllare la libertà del paziente, è anche un giudizio culturalmente orientato, e sono proprio i cambiamenti a questo livello che a nostro avviso hanno finito per porre in crisi più di uno psichiatra, di questi tempi.

Le più recenti sentenze della Cassazione penale per certi versi entrano a fondo nel merito stesso della qualità della relazione terapeutica, delineando come lo psichiatra debba porsi rispetto a temi portanti della sua attività, per esempio di quanta libertà è gestore il paziente psichiatrico, quanto vale il suo consenso alle

cure, introducendo dubbi su cosa lo psichiatra può – o forse deve – fare anche contro la volontà del paziente.

In definitiva, è proprio su temi come il suicidio – o l'omicidio a opera del paziente – che si percepisce un senso di profondo cambiamento, che non esitiamo a definire "culturale". Qualche sintetico rimando giurisprudenziale crediamo consenta di chiarirlo meglio.

Rileggere sentenze, fra loro distanti nel tempo, definisce difatti in modo più chiaro l'evoluzione del pensiero giurisprudenziale su questo tema, non sappiamo quanto riflesso anche di un cambiamento del contesto culturale di riferimento.

Molti sono gli esempi possibili.

Si può cominciare dalla sentenza del Tribunale di Brindisi del 5.10.82, nella quale i giudici attestarono la non responsabilità per omicidio colposo di «medici, infermieri e direttori del Servizio Dipartimento di Salute Mentale... i quali abbiano omesso, ciascuno per le proprie funzioni, di adottare le misure atte a impedire ripetuti suicidi di pazienti ricoverati nel reparto di Psichiatria, essendo oramai al tramonto, a seguito della legge 180/78, quella visione della malattia mentale che si traduce nell'assistenza del malato, estrinsecantesi fundamentalmente nella vigilanza stretta del medesimo al fine di impedire che possa arrecare danno a se stesso e ad altri e prevalendo ormai un'assistenza principalmente di tipo terapeutico».

In tempi successivi può citarsi la sentenza del Tribunale di Bologna (9.6.93), che sempre in merito al suicidio di un paziente, dopo aver richiamato «la vigente legislazione in tema di assistenza psichiatrica» affermò che «salvi i casi in cui siano presenti i requisiti del TSO in condizioni di degenza ospedaliera, il terapeuta ha l'obbligo di tutelare la salute del paziente senza incidere direttamente sulla libertà del malato; non risponde pertanto del delitto di omicidio colposo i sanitari i quali, in assenza di condizioni che, secondo la migliore scienza ed esperienza del momento storico, rendessero soggettivamente ed oggettivamente prevedibile il concreto verificarsi dell'evento, e comunque al di fuori dei presupposti necessari all'applicazione del TSO abbiano omesso di ricoverare in forma coatta il paziente, successivamente suicidatosi».

Di eguale indirizzo una sentenza della Pretura di Busto Arsizio (Sezione distaccata di Saronno) datata 27.5.1999, la n. 164/99. In questa non fu considerato responsabile «di omicidio colposo il medico psichiatra il quale, con riferimento ad un paziente che ha ingerito una quantità incongrua di farmaci, nel tentativo di suicidarsi, ne dispone il ricovero in una stanza situata al quarto piano della struttura ospedaliera senza predisporre alcuna forma di sorveglianza specifica o un idoneo trattamento farmaceutico, nel momento in cui il

paziente stesso, nel corso della nottata, si getta dalla finestra dell'ospedale decedendo sul colpo».

Nella motivazione del provvedimento il Giudice affermò che «compito e obbligo di ogni medico... è quello di garantire la salute al meglio delle possibilità offerte dalla scienza... al contrario non fa capo al medico sia esso uno specialista psichiatra o meno l'obbligo e neppure il diritto di impedire al paziente di assumere la deliberazione di uccidersi in quanto questi compie, anche se in forma estrema, un gesto di libertà».

Sono esempi di sentenze fortemente intrise dei valori della 180/78, che viene difatti spesso espressamente richiamata a sostegno. Come nel seguente passo: «la legislazione vigente in materia sanitaria si fonda sul principio della libertà di cura ed esclude per scelta di principio, ai sensi dell'articolo 32 comma secondo della Costituzione, la praticabilità di trattamenti coercitivi e limitativi del rispetto della persona al di fuori delle ipotesi, eccezionali e di stretta interpretazione, imposte da superiori esigenze di tutela dell'incolumità del paziente e di terzi».

Ci sentiamo di definirle sentenze "culturalmente orientate" dall'attuale legislazione psichiatrica, diremmo dal senso di libertà e rispetto della scelta del paziente che la permea, entro cui spazi per interventi limitativi della libertà si stimano possibili solo, ed eccezionalmente, entro i limiti previsti per i TSO. Un rispetto della libertà esteso al punto da considerare a volte l'atto stesso del suicidio come manifestazione di scelta individuale.

Non intendiamo sostenere che quest'ultima interpretazione sia corretta o condivisibile – in realtà non la condividiamo ma ha poca importanza –, solo sottolineare come queste sentenze (di primo grado perché raramente casi del genere giungevano all'epoca in Cassazione) fossero evidentemente figlie di un preciso indirizzo normativo/culturale, che in qualche modo finiva per orientare anche giudizi "tecnici", validando comportamenti, rinforzandoli e contribuendo a creare "sistema". Come si diceva, le cose sembrano cambiate, profondamente cambiate.

È sufficiente fare un salto cronologico e passare a una delle recenti sentenze della Cassazione penale, per es. a quella n. 48292 del 27.11.08, emessa dalla IV Sezione, la Sezione che molto si è occupata di responsabilità medica e che sta fattivamente contribuendo a un nuovo indirizzo "culturale".

Anche in questo caso si discute del suicidio di un paziente; la conclusione, questa volta, è stata la condanna degli psichiatri di un SPDC. Non siamo interessati a entrare nel merito della questione, in questa sede si vuole solo far notare quanto profondamente cambiato appaia il contenuto della posizione di garanzia dello

psichiatra, l'insieme di obblighi cioè che a lui fanno capo, in altre parole ciò che si chiede che egli debba fare, chiaramente espresso dalla frase: «Lo psichiatra ha l'obbligo di proteggere il paziente da condotte auto ed etero-lesive, anche se la cura è volontaria».

Concetto meglio chiarito in questo successivo passaggio della sentenza: «Il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, anche se questi non sia sottoposto a ricovero coatto, ed ha pertanto l'obbligo, quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive anche suicidarie, di prestare specifiche cautele».

Anche se il ricovero è volontario, dunque, anche se il paziente è in grado di fornire un valido consenso, è doveroso per il medico-psichiatra apprestare «specifiche cautele»; fra le "cautele" possibili si ipotizzano sia pur temporanee limitazioni alla sua libertà.

Giusto o no che sia, è evidente una profonda differenza!

Solo per inciso va detto che in primo grado gli psichiatri dell'SPDC di cui si è detto erano stati assolti e che, in sentenza, i giudici avevano affermato il principio della non esigibilità di una particolare condotta di vigilanza e custodia da parte dei medici proprio perché il paziente in questione era ricoverato «in regime volontario» e aveva manifestato un consenso «valido». Nei motivi d'appello, la Procura Generale introdusse anch'ella espresso riferimento alla legge 180/78 ma solo per sostenere come, a suo avviso, la fine del modello custodialistico non avesse fatto venire meno l'esigenza di una «compresenza vigilante da attuarsi nell'ambito di un'alleanza terapeutica con il paziente»; e ancora, che la «legge 180/78 aveva segnato il passaggio ad un sistema basato sulla cura ma non aveva definito il contenuto del relativo obbligo, lasciando che fosse modellato sulle concrete esigenze del paziente senza escludere eventuali momenti di custodia». In sostanza, non più custodialismo ma se necessario limitazione della libertà di azione del paziente nel suo interesse (per es., «prevedere, nel caso in cui il paziente intenda uscire dalla struttura, che lo accompagnino persone qualificate ed informate»).

Riferimento espresso alla legge 180/78 fu fatto anche dai Difensori degli psichiatri, che ricordarono come a seguito dell'entrata in vigore della citata norma non sussistesse, in capo al medico psichiatra, una posizione di garanzia in funzione neutralizzatrice del pericolo di atti autolesionistici, a meno che il paziente non si trovi nelle condizioni per un trattamento sanitario obbligatorio.

La Corte di Appello prima, la Cassazione poi, si orientarono invece per la condanna degli psichiatri e, nell'articolata sentenza della Suprema Corte, sono re-

peribili passaggi tecnici di particolare importanza, fra cui si segnalano i seguenti:

- «Anche fuori dalle ipotesi di ricovero coatto lo psichiatra è titolare di una posizione di garanzia, sullo stesso gravando doveri di protezione e di sorveglianza del paziente in relazione al pericolo di condotte autolesive (e, naturalmente, eterolesive)».
- «Lo psichiatra, al pari di qualsiasi altro medico curante, ha l'obbligo giuridico di curare la malattia mentale nel miglior modo possibile, con tutti gli strumenti che ordinamento e scienza pongono a sua disposizione. Detto obbligo ha in sé quello di salvare il paziente dal rischio di condotte autolesive, dovendo ritenersi che le stesse rappresentino un'estrinsecazione, quando non una conseguenza, della patologia che lo affligge».
- «Se lo psichiatra ha in cura una persona che presenti un concreto pericolo di suicidio, la posizione di garanzia comporta l'obbligo di apprestare cautele specifiche (così, per es., nel caso di ricovero volontario, invitare il personale infermieristico alla massima sorveglianza; prevedere, nel caso in cui il paziente intenda uscire dalla struttura, che lo accompagnino persone qualificate e informate)».
- «Un regime di vigilanza è compatibile con il ricovero volontario ed esso, in una prospettiva di alleanza terapeutica con il paziente, può diventare dovuto ed esigibile».

Come detto, fu riconosciuta la responsabilità sia del primario sia dei medici del reparto di Psichiatria per omicidio colposo; si trattava, aggiungiamo per agevolare la comprensione del caso, di paziente affetto da forma depressiva ancor non ben diagnosticata, che si era allontanato dal reparto dichiarando all'infermiera di volersi recare a prendere un caffè al distributore automatico situato al piano superiore e che, ivi giunto, si suicidò gettandosi dalla finestra. Il ricovero era motivato da approfondimento diagnostico-terapeutico e aveva avuto come prodromi crisi d'ansia unite a rituali ossessivi, vissuti di colpa e sentimenti di angoscia.

Come anticipato non entreremo nel merito della vicenda, il cui svolgimento in concreto ha per certi versi importanza relativa rispetto agli obiettivi di questo scritto; il nostro interesse è difatti rivolto ai principi contenuti in sentenza, quelli che a nostro avviso costituiscono il nuovo asse portante della responsabilità medica in ambito psichiatrico, in specie in casi di comportamento aggressivo auto (ma anche etero) diretto.

Non si tratta difatti di sentenza isolata, ma solo dell'ultima di una serie di sentenze dal percorso ben chiaro. È possibile difatti individuare un filo rosso che uni-

sce gli svariati pronunciamenti della Cassazione negli ultimi anni, testimonianza evidente di un'evoluzione dottrinale sulla posizione di garanzia dello psichiatra oramai consolidatasi e che attribuisce allo psichiatra responsabilità e compiti ben precisi.

Già nel 2004 (4.3.2004) la Cassazione Pen., Sez. IV, si era espressa in merito al suicidio di una paziente ricoverata in una Casa di cura privata in regime volontario; il suicidio era giunto dopo un protratto periodo di ricovero, quando la paziente – affetta da severa depressione psicotica – iniziava a star meglio ed era stata accompagnata a casa per prendere effetti personali. Da qui si era defenestrata. Anche in questo caso si giunse alla condanna del responsabile della Casa di cura, il quale inutilmente cercò di difendersi sostenendo che la paziente, fuori dalle ipotesi di TSO, non poteva veder limitata in alcun modo la sua libertà di azione.

Poco dopo, sempre la Sez. IV della Cassazione (12.1.2005 n. 13241) si espresse – sempre con condanna degli psichiatri – a proposito del suicidio (per impiccagione, nel bagno) di una paziente depressa, ricoverata questa volta in TSO in un SPDC. In questo caso la Suprema Corte dettò anche indicazioni sulla posizione di garanzia dello psichiatra, affermando che essa comprende in sé la possibilità di «limitazione della libertà personale a tutela del paziente stesso (ed in via riflessa, eventualmente, dei terzi)», e che tale tutela «a fronte di una situazione di gravità estrema e di mancata collaborazione del soggetto che non aderisca ad un trattamento volontario, non può non effettuarsi che attraverso la custodia e, se del caso, attraverso la contenzione». La libertà di cura, disse ancora la Cassazione, «può significare ripudio delle cure per lasciarsi morire ma non libertà di compiere atti positivi per morire, non spiegandosi altrimenti la possibilità di TSO in presenza di gravi tendenze suicidarie».

Ciò premesso pose una netta distinzione fra la posizione del paziente ricoverato in regime volontario rispetto a quello in TSO: «Se il soggetto, in stato di grave alterazione psichica, accetta di sottoporsi ad un trattamento volontario, non è suscettibile di coercizione, né conseguentemente può sorgere un obbligo di custodia nei confronti di un soggetto al quale nulla può essere imposto».

Sembrava in definitiva essere stato stabilito un principio di sostanziale chiarezza, di distanza fra pazienti ricoverati in TSO (privi per definizione della capacità di consentire) e pazienti ricoverati in regime volontario o assistiti ambulatorialmente, che invece il consenso possono liberamente manifestarlo: in sostanza, fuori dalle ipotesi del TSO «nulla può essere imposto».

La successiva evoluzione giurisprudenziale, come si è visto, è andata invece oltre e il tema della volontarie-

tà del trattamento, della capacità di consentire del paziente non sembra più costituire spartiacque sufficiente a tenere del tutto distinte le posizioni. Almeno non in modo assoluto.

I principi che sembrano così delinearli nella giurisprudenza di Cassazione potrebbero essere dunque così sintetizzati:

- anche al di fuori del TSO la posizione di garanzia dello psichiatra contiene doveri di protezione e di sorveglianza del paziente in relazione al pericolo di condotte auto ed etero-lesive;
- nell'obbligo di cura del disturbo mentale è incluso quello di salvare il paziente dal rischio di condotte autolesive, quando queste altro non sono che espressioni comportamentali del quadro clinico;
- in caso di concreto pericolo di suicidio, la posizione di garanzia comporta l'obbligo di apprestare cautele specifiche;
- un regime di vigilanza è compatibile con il ricovero volontario e, in taluni casi, può diventare dovuto ed esigibile;
- la libertà non è l'unica posta in gioco in determinate condizioni e, in caso di concreto rischio di suicidio, lo psichiatra non può "nascondersi" dietro lo scudo della volontà di conservare la "relazione terapeutica".

Se proviamo per un momento a leggere queste sentenze non da medico-legali ma in prospettiva "culturale", può dirsi che il "messaggio", la richiesta proveniente dall'ambito giudiziario sia chiara: allo psichiatra si chiede di contenere gli agiti aggressivi dei suoi pazienti, auto o etero-diretti che siano. La libertà è un bene fondamentale da tutelare ma quando l'importanza della posta in gioco è la vita dei pazienti (o di terzi) si ridimensiona per certi aspetti anche il principio della volontarietà del trattamento e del rispetto del consenso alle cure. Per questo ci sentiamo di definirla modifica culturale, prima ancora che giurisprudenziale.

Tornando alla prospettiva medico-legale, nella logica della riduzione del rischio può dirsi che in sostanza ciò che viene richiesto allo psichiatra è mettere in atto tutto ciò che è nelle sue possibilità affinché il suicidio non si concretizzi, usando nei casi di maggiore delicatezza attenzioni, prudenza, diligenza e perizia proporzionate alla gravità della situazione e dei rischi che è consapevole di dover gestire.

In sostanza, rispettare la libertà di un paziente è doveroso, ma lo è pure tutelare la sua vita dagli effetti più nefasti della sua malattia. È per questo che lasciare che il paziente si suicidi in omaggio a un presunto rispetto della sua libertà è inaccettabile.

Quando, alla luce della sua esperienza clinica, lo psichiatra abbia recepito possibilità di comportamenti auto o etero-aggressivi, dovrà dunque allertarsi e studiare un programma adeguato sotto ogni profilo, organizzativo oltre che terapeutico, nell'interesse primario ma non esclusivo dell'integrità psico-fisica delle persone affidate alle sue cure. In sostanza, fuori dalla complessa formulazione giuridica, quando l'aggressività del malato è espressione diretta della sua malattia essa non può che divenire di competenza del trattamento psichiatrico. E se è vero che lo scopo primario delle cure psichiatriche è quello di contenere la sofferenza psichica dei pazienti, «quando la situazione di questi sia idonea a degenerare anche con atti di auto o etero-aggressività, il trattamento obbligatorio presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona» (Cass. Pen., Sez. IV n. 48292).

Di fronte a rischi che crescono, il comportamento dello psichiatra deve in sostanza essere molto più prudente e diligente; nei fatti, ciò che viene richiesto è una più attenta opera di vigilanza e in questa prospettiva il ricovero in ospedale sembra divenire – agli occhi di magistrati e avvocati – strumento primario di prevenzione.

Se è vero, difatti, che fondamento di qualsiasi ipotesi di responsabilità professionale medica continua a essere l'esistenza di un errore terapeutico, manifestatosi nella sua classica partizione fra imperizia, imprudenza o negligenza, è altresì vero che nella sostanza le accuse che vengono rivolte agli psichiatri in caso di suicidio di un paziente attengono essenzialmente due ipotesi:

- mancato ricovero o precoce dimissione da struttura ospedaliera;
- inappropriata, limitata o comunque non sufficiente vigilanza per prevenire il comportamento suicidario.

Queste, anche per esperienza casistica professionale, le situazioni principali attorno a cui ruotano buona parte dei procedimenti di responsabilità professionale psichiatrica per suicidio. L'idea – vedremo poi quanto corretta sul piano terapeutico – è che al pericolo di suicidio si possa rispondere con aumento della vigilanza, estesa sino alla custodia, in ambiente protetto, ospedaliero, in attesa che il pericolo cessi.

Ne derivano due ordini di problemi:

1. cosa sia concretamente prevedibile;
2. come sia concretamente prevenibile.

#### **IL PROBLEMA DELLA PREVEDIBILITÀ ED EVITABILITÀ DELL'EVENTO SUICIDARIO**

È il tema che, a nostro avviso, segna la più ampia distanza fra psichiatria e mondo del diritto, almeno per

come questi concetti sono del tutto recentemente evoluti.

Innanzitutto, cosa significa “prevedere” un comportamento suicida e in che modo è possibile prevenirlo?

L'interpretazione data dalle più recenti Sentenze della IV Sezione della Cassazione al termine «prevedibilità» è quello di «rappresentabilità», evento cioè mentalmente prospettabile alla luce delle conoscenze di settore.

In altri termini, secondo i giudici della Sezione della Cassazione non è prevedibile ciò che non è concretamente collocabile nell'ambito delle possibilità prospettabili, un esito imprevisto, che sorprenda, stupisca. In caso contrario non può che essere “prevedibile” e dunque richiedere, da parte dello psichiatra, l'attivazione di un insieme di meccanismi di garanzia a tutela dell'incolumità del paziente. In sostanza, a giudizio della Cassazione l'esito infausto non può essere addebitato sotto il profilo della colpevolezza allo psichiatra solo quando «il risultato della condotta non poteva neppure essere immaginato dall'agente, cioè se quella conseguenza dell'azione non è stata prevista perché non era prevedibile» (Cass. Pen., Sez. IV, 11.03.08, n. 10795). In tutte le altre situazioni, quando cioè è invece “prevedibile”, lo psichiatra non si dovrebbe limitare a rispettare le comuni regole cautelari ma dovrebbe mettere in atto tutte quelle misure «la cui osservanza è resa necessaria dalle caratteristiche e dalle modalità che aggravano il rischio, richiedendo l'adozione di ulteriori e più rigorose regole cautelari» (Cass. Pen., Sez. IV, 28.01.09 n. 4107).

Se da un lato non si può fare a meno di trovare ragionevole un'affermazione del genere (usare attenzione e prudenza proporzionali ai rischi che si intravedono) dall'altro questi principi, calati nell'esperienza clinica di tutti i giorni appaiono aleatori, distanti dalla realtà che lo psichiatra deve affrontare.

Che significa difatti comportamento “prevedibile” in psichiatria, nella clinica quotidiana, nell'operatività giornaliera dello psichiatra?

In linea di massima può dirsi che comportamento prevedibile è quello che segue i criteri epidemiologico-statistici oltre che di esperienza clinica.

Poiché nella prospettiva della responsabilità medica l'analisi degli eventi in discussione – nel caso di specie il comportamento mantenuto da uno psichiatra rispetto all'evento suicidio del paziente – dovrebbe essere effettuato con un criterio definito *ex ante*, ogni giudizio dovrebbe essere formulato ponendosi nella posizione nella quale si è trovato il medico in quel momento, in quella determinata situazione, alla luce delle conoscenze che possedeva, allo scopo di verificare da un lato se il suicidio fosse prevedibile, dall'altro quali fosse-

ro gli strumenti concretamente attuabili allo scopo di prevenirlo, ovvero di evitarlo. Si è volutamente utilizzato il condizionale perché esperienza insegna che così molte volte non avviene, che i giudizi sulla “prevedibilità” del suicidio sono fortemente condizionati dall'esito infausto della vicenda, dall'avvenuta tragedia, che la rilettura della situazione, presente al momento in cui lo psichiatra ha operato, è effettuata attribuendo a singoli eventi un peso diverso, apparentemente ben chiaro *a posteriori*, in realtà molto più sfumato mentre i fatti accadevano. È sempre molto facile, *a posteriori*, identificare nella storia di un paziente “fattori di rischio” che rendevano il suicidio prevedibile, cogliere comportamenti “sospetti”, molto più complesso attribuire “prima” a quegli stessi eventi significato rilevante, perché quello del suicidio è uno dei contesti di valutazione più difficoltosi e aleatori per lo psichiatra, per diversi motivi che cercheremo sinteticamente di illustrare.

In psichiatria, la comprensione del rischio suicidario si fonda sulla possibilità di analisi di tutti i fattori di rischio che entrano potenzialmente in gioco nel singolo caso; non solo psicopatologici, ben inteso, ma relativi anche alle relazioni familiari, alle risorse sociali, alla qualità delle interazioni, all'occupazione, ecc. (2). Il suicidio non può difatti essere considerato frutto esclusivo di una malattia psichiatrica ma è un gesto – come tutti i gesti umani – cui si giunge solitamente per la contestuale azione di svariati fattori che affondano anche nella storia personale dell'individuo, nella qualità delle sue relazioni fondamentali, nel suo livello di integrazione sociale e così via.

È vero che vi sono condizioni morbose che, più di altre, sono statisticamente associate al suicidio; secondo letteratura sono più a rischio i soggetti affetti da disturbi depressivi (maggiore e bipolare, 15-20%), quelli con abuso di alcol o sofferenti di schizofrenia (10-15%). In misura minore vi è correlazione con il disturbo di personalità borderline (8-10%) e con i disturbi alimentari (1-2%).

Ma la componente psicopatologica è solo parte del rischio.

Tutti gli studi suicidologici identificano difatti un numero molto elevato di fattori di rischio. Per es., secondo De Leo e Pavan, lo sono anche (3):

- essere di sesso maschile;
- essere separati o divorziati;
- essere disoccupati;
- avere storia di comportamenti criminali;
- avere familiarità suicidiaria;
- aver compiuto episodi di violenza negli ultimi 5 anni;
- vivere in condizioni di isolamento sociale;

- aver effettuato precedenti tentativi di suicidio;
- avere una personalità antisociale;
- avere una storia di trattamenti psichiatrici in corso;
- alcolismo o dipendenza da droghe.

Molteplici sono gli studi in merito, con indicazioni relativamente costanti in letteratura, variamente presentate o interpretate, in cui si segnala di volta in volta il prevalere di fattori clinici, sociali o demografici. Per es., in alcuni studi costituisce fattore di rischio l'essere celibe e avere maggiore scolarizzazione (4).

Sempre nell'ottica della prevedibilità del suicidio Blumenthal (5) ha selezionato tre aree di interesse, chiamate rispettivamente «fattori di rischio», «aree di vulnerabilità» e «patologie a rischio»; l'incrocio di questi tre sistemi, nel singolo caso, potrebbe dar misura dell'entità del rischio suicidario. I criteri da lui proposti sono:

- *fattori di rischio*: maschio; età avanzata; essere separato o vedovo; disoccupato o pensionato; difficili condizioni economiche;
- *aree di vulnerabilità*: peculiari tratti di personalità; presenza di eventi psicosociali e malattie fisiche; abuso di alcol;
- *patologie*: schizofrenia; depressione; disturbo borderline; disturbo di alimentazione.

Si potrebbe continuare, ma in definitiva i criteri segnalati dai diversi Autori tendono a convergere, a incrociarsi fra loro, delimitando in sostanza alcuni disturbi (soprattutto schizofrenia, depressione, disturbo borderline e disturbo dell'alimentazione), una serie di fattori clinici (ansia, consumo di alcol e stupefacenti, gravi malattie fisiche) e un numero ampio di fattori sociali ed esistenziali (essere vedovo, solo, in povertà, disoccupato, etc.). In definitiva l'elenco del "fattori di rischio" finisce per comprendere molte situazioni cliniche, di gravità diversa fra loro, e una larga fetta di situazioni o eventi esistenziali che di certo possono (e devono) essere analizzati dallo psichiatra nella valutazione del rischio, ma su cui egli solo in parte è in grado di intervenire, che solo in parte rientrano nelle possibilità di intervento tecnico.

Non si tratta tuttavia solo di questo.

I maggiori studiosi di suicidio affermano difatti che la ricorrenza di più fattori di rischio presenti in un dato caso non è sufficiente a comprendere con quale grado di probabilità non un generico paziente, ma quello specifico paziente, possa concretamente tentare il suicidio.

Cosa si intende.

Di fronte a un paziente depresso è agevole poter dire che presenta maggior rischio suicidario rispetto alla popolazione generale. Così com'è agevole trovare let-

teratura scientifica, da utilizzare magari in dibattimento o nella CTP, per sostenere l'ipotesi di "maggior rischio"; non è certo difficile immaginare l'influenza che questo dato può avere in un'aula di giustizia. C'è da chiedersi, però, cosa questi dati realmente aggiungano all'operatività dello psichiatra chiamato a curare quel singolo paziente depresso, quanto lo aiutino nelle scelte da effettuare.

Il numero di ricerche è molto alto. A solo titolo di esempio, e per restare al disturbo depressivo, si legge che:

- il 15% degli individui con un disturbo depressivo grave muore per suicidio (3);
- il rischio suicidario specifico associato a disturbi affettivi è da 12 a 20 volte più alto che nella popolazione generale (6);
- i disturbi dell'umore con caratteristiche psicotiche sembrano comportare un rischio di suicidio 5 volte maggiore delle forme non psicotiche (7);
- nel disturbo bipolare I la suicidalità durante l'episodio depressivo è pari al 26% (8), nel disturbo bipolare II è al 18% (9,10);
- circa il 10% dei pazienti depressi ha compiuto un tentativo di suicidio, in qualche momento della sua storia clinica (11-13), con una distribuzione per sesso che va dall'8-10% nei maschi, al 20-26% nelle femmine (14);
- il tasso di mortalità per suicidio varia tra il 2%-15% in soggetti che hanno disturbi dell'umore e tra il 15%-20% tra pazienti ricoverati (15);
- il 30%-60% dei suicidi sono stati preceduti da un tentativo non riuscito, e il 10%-14% di coloro che tentano il suicidio morirà suicida, probabilità 100 volte più elevata rispetto alla popolazione generale (16,17).
- gli individui ammessi in case di cura possono avere una probabilità di morte marcatamente aumentata nel primo anno (DSM-IV);
- il rischio di morte per suicidio nell'anno che segue un gesto autosoppressivo è dell'1% ma aumenta se l'episodio era già stato ripetuto in precedenza; è più alto nei primi 6 mesi ma rimane comunque elevato per 8 anni (18);
- il numero di TS è 10 volte superiore a quello dei suicidi (3).

Si tratta solo di esempi tratti dalle tante indicazioni - non sempre ben integrabili fra loro - che è possibile reperire nelle ricerche sul tema. Dati certamente utili a tracciare generali profili di rischio ma spesso di poco aiuto nella gestione del caso che lo psichiatra ha di fronte. In altre parole se è vero, per es., che il tasso di mortalità per suicidio di soggetti con disturbo del-

l'umore varia fra il 15% e il 20%, lo psichiatra sa di avere di fronte un paziente a maggior rischio generico, ma più spesso non ha sufficienti strumenti per comprendere se quel paziente si colloca nel 15%-20% o nell'85%-80% che, pur essendo nelle stesse condizioni di salute, non si suiciderà.

Analogamente, pur sapendo che detto indice in individui con disturbo borderline di personalità è l'8%-10%, lo psichiatra non ha elementi scientifici per sapere in anticipo come distinguere quegli 8-10 individui fra i 100 cento affetti da analogo disturbo. Se si tiene poi conto che il ricorso a minacce e gesti autolesivi è talmente comune nei borderline da divenire addirittura criterio diagnostico del disturbo stesso (19), ci si rende conto che in termini preventivi l'utilità di questi dati è limitata.

Esiste poi la questione "tempo".

Ammesso che si sospetti concretamente di essere di fronte a un paziente a maggior rischio suicidario, è quasi impossibile poter dire quando il paziente potrà eventualmente metterlo in atto.

È facile fare esempi.

In letteratura si segnala che il rischio suicidario resta alto nelle fasi di "uscita" dalla depressione maggiore, quando il paziente è migliorato ma ancora intriso di sentimenti negativi; l'aver più "forze", più energie può paradossalmente creare le condizioni per superare il senso di inerzia e mettere in atto il suicidio. Nei procedimenti di responsabilità professionale per suicidio è annotazione scientifica spesso citata per sostenere il concetto che "proprio" in quei momenti è necessario porre più attenzione – che è certo doverosa – ma contestualmente per sostenere l'obbligo di maggiore vigilanza; il problema è che le ricerche indicano pure che il rischio di suicidio resta alto nei sei mesi successivi dopo l'ultimo tentativo (20) e altre ancora segnalano che il rischio suicidario resta elevato negli otto anni successivi!

Se dunque il senso della conoscenza scientifica, della possibilità di "prevedere" è quello di poter "adattare" al rischio concrete misure preventive, che la giurisprudenza vuole "particolari" fino al punto da poter divenire limitanti la possibilità di libertà dell'individuo, non possono certo immaginarsi misure preventive "particolari" per periodi di tempo così lunghi. In definitiva, come viene costantemente ribadito dalla letteratura suicidologica (3), i dati epidemiologici forniscono una chiave interpretativa del fenomeno in generale, ma poco aggiungono all'operatività dello psichiatra nel singolo caso in senso preventivo.

È comprensibile allora per quale motivo due Autori italiani fra i più noti e qualificati nello studio del fenomeno suicidario (Pavan e De Leo) giungano ad affer-

mare che, «allo stato attuale delle conoscenze, anche il concomitare di più fattori maggiori di rischio non riesce a concretizzarsi in una soddisfacente capacità predittiva», concludendo che «un suicidio può risultare molto spesso un'evenienza altamente imprevedibile» (3).

Fuori dai confini italiani sul tema si possono ricordare, fra le altre, le osservazioni di Gabbard (21), che così si esprime in merito: «Nonostante una corposa mole di letteratura sui fattori di rischio per il suicidio a breve e lungo termine, la nostra capacità di prevedere il suicidio di un paziente è ancora notevolmente limitata. Goldstein et al. (1991) studiarono un gruppo di 1906 pazienti ospedalizzati con disturbi affettivi. Utilizzando i dati sui fattori di rischio, i ricercatori applicarono in modo progressivo il metodo della regressione logica multipla per sviluppare un modello statistico in grado di poter prevedere con successo un suicidio. Questo modello non riusciva a identificare un singolo paziente che avrebbe commesso il suicidio».

Dunque, persino nel gruppo dei pazienti ricoverati a elevato rischio suicidario prevedere un suicidio basandosi sull'attuale comprensione del fenomeno può essere particolarmente difficile e aleatorio.

Interessante in tal senso è anche l'esito di uno studio (22) effettuato su 100 pazienti che avevano commesso un grave tentativo di suicidio: gli Autori rilevarono che i criteri comunemente utilizzati in taluni ospedali americani per l'accesso al ricovero in ambiente psichiatrico nei casi di rischio di suicidio (in particolare avere ideazione suicidaria, avere un piano per il suicidio) non erano sufficientemente predittivi di un gesto autolesivo, mentre lo erano segni più aspecifici come avere l'insonnia, un disturbo d'ansia (specie di spettro panico) e sentirsi senza speranza. Non solo. La maggioranza dei pazienti agì il tentativo di suicidio impulsivamente e solo un terzo dichiarò ruminazione suicidaria prima del tentativo autosoppressivo.

In sostanza la circostanza di più fattori di rischio presenti in un dato caso non dice a sufficienza sulla concreta possibilità che non un generico paziente, ma quello specifico paziente possa concretamente tentare il suicidio.

Ancor più difficile dire, poi, quando il paziente potrà farlo.

Ci sembra utile a questo punto citare brevemente un caso tratto dall'esperienza peritale.

Abbiamo assistito tempo fa un gruppo di psichiatri di un SPDC rinviati a giudizio per responsabilità professionale a seguito del suicidio di una giovane paziente che aveva ricevuto diagnosi di disturbo di alimentazione. Quello di disturbo dell'alimentazione è, come si diceva, fra i disturbi che rientrano, sia pure con percentuali basse (1%-2%), fra quelli a maggior rischio po-

tenziale. Da qui l'accusa agli psichiatri di difetto di "speciale" vigilanza, la censura per mancata adozione di misure "opportune" utili a fronteggiare l'esistenza di un rischio "prevedibile".

Ebbene, se da un lato poteva dirsi fondato il rilievo che la paziente in questione aveva una diagnosi indicativa di "generico" maggior rischio suicidario rispetto alla popolazione generale, se osservato rispetto agli altri pazienti ricoverati nello stesso SPDC in quel momento era il più basso. Il giorno del suo suicidio vi erano difatti nel reparto di psichiatria in questione altri 7 pazienti, con le seguenti diagnosi: abuso alcolico, disturbo borderline di personalità e cirrosi epatica; depressione maggiore grave e disturbo istrionico di personalità; abuso alcolico e disturbo antisociale di personalità; schizofrenia di tipo paranoide; abuso alcolico; depressione distimica. Tutti, come si vede, con fattore di rischio statistico maggiore o almeno eguale.

Che significa allora per uno psichiatra adottare "speciali" misure preventive, "maggiore" o "massima" vigilanza, quando a suicidarsi – peraltro con gesto improvviso – è proprio il paziente con più basso indice di rischio?

Si devono forse applicare "speciali" misure per tutti?

Una possibile risposta è a nostro avviso separare il rischio imminente da quello solamente potenziale.

In questa prospettiva può apparire utile l'applicazione dell'algoritmo per la valutazione del rischio suicidario e trattamento suggerito da Hirschfeld e Russel (23). Essi distinguono difatti il rischio di suicidio in:

- *imminente* (entro 48 ore): il paziente esprime l'intenzione di suicidarsi e descrive un realistico piano operativo. La presenza di un quadro psicotico con fenomeni allucinatori (voci che comandano il suicidio) aggrava il rischio. Espressioni di disperazione, estremo pessimismo e rovina depongono per un rischio imminente.
- *a breve termine* (da qualche giorno ad alcune settimane): coesistenza di depressione del tono dell'umore e abusi alcolici o sostanze stupefacenti, specie se associati a elevati livelli di ansia (attacchi di panico), anche in assenza di una chiara disposizione al suicidio. Precedenti tentativi di suicidio o precedenti di suicidio in famiglia aggravano il rischio.
- *a lungo termine*: il riscontro di uno o più fattori di rischio clinici, anche in forma non grave e in assenza di un atteggiamento evocativo di tendenza suicidaria, suggerisce la possibilità di suicidio a lungo termine.

È ragionevole ritenere che in situazioni cliniche definibili come "rischio imminente" lo psichiatra debba adoperarsi con tutti i mezzi a disposizione per fronteg-

giarlo, avendo il quadro clinico una chiarezza che non si presta a particolari dubbi. Dubbi – in chiave preventiva – che invece divengono maggiori man mano che si transita da situazioni definibili come rischio a "breve termine" sino a quelle a "lungo termine", che poi nell'esperienza peritale sono le più frequenti, quelle più spesso chiamate in causa nelle aule di giustizia. Non a caso, perché sono proprio quelle situazioni in cui lo psichiatra, pur sapendo dell'esistenza di uno o più fattori di rischio, non ha veri e propri criteri scientifici di orientamento per prevedere se e quando un suicidio potrà avvenire.

E se tanto vale per comportamenti che si iscrivono all'interno di un'ideazione depressiva, ancor più vale – sino a sfiorare l'assoluta impossibilità di prevenzione – quando il gesto suicida è impulsivo, alimentato da contingenze emotive. Per es., in determinati disturbi della personalità – fra tutti il disturbo borderline – comportamenti autolesivi sono certamente prevedibili, talmente prevedibili – come si diceva – da divenirne criterio diagnostico nel DSM. Ricerche di follow-up (24) su soggetti con disturbo borderline hanno peraltro evidenziato che, mentre il comportamento suicidario diminuiva sensibilmente negli anni successivi al trattamento psicoterapeutico, l'ideazione suicidaria rimaneva costante (25).

Un soggetto con disturbo borderlinè, in definitiva, di certo può, un giorno o l'altro, mettere in atto un suicidio, ma solo la chiarezza può dire quando lo farà, dove e in risposta magari a quale "evento di vita" che agirà come "grilletto". Di quali "misure cautelate particolari" si potrà mai parlare in simili soggetti, lad-dove è l'essenza stessa del disturbo, la sua struttura di personalità, a essere fattore di rischio?

## LA GESTIONE DEL RISCHIO

Se si transita dalla prospettiva dell'analisi del rischio a quella della gestione del rischio – dal prevedere, cioè, al prevenire – va detto che un'eventuale applicazione alla lettera delle indicazioni giurisprudenziali, cosa non improbabile per l'evidente timore che serpeggia fra la categoria, farebbe davvero correre il rischio di cambiare profondamente la qualità del rapporto psichiatra/paziente.

Come bene hanno scritto sul tema Fiori e Buzzi, il rischio è di transitare dalla «medicina delle evidenze e delle scelte a quella dell'obbedienza giurisprudenziale» (26), con pesanti conseguenze su prassi operative e sul ruolo stesso dello psichiatra.

Ogni psichiatra ben sa – vive costantemente questo dibattito con la propria coscienza – di lavorare con quote variabili di rischio, che non riguardano benin-

teso solo i pazienti ricoverati in SPDC ma anche, e per certi versi soprattutto, quelli trattati ambulatorialmente. Il trattamento psichiatrico nel nostro Paese è e resta difatti per definizione territoriale, ambulatoriale, e al ricovero si può (o si deve) giungere solo quando all'esterno non vi sono più risorse sufficienti ad affrontare il problema, se il paziente accetta il ricovero volontariamente o in presenza delle condizioni previste per i TSO. Fuori da queste situazioni, che restano comunque eccezione, lo psichiatra sa di dover lavorare quotidianamente sul territorio "gestendo" situazioni a rischio, sapendo peraltro di avere strumenti di intervento – nella previsione della riduzione del rischio suicidario – limitati alla quota di sua stretta competenza.

Del cosiddetto "rischio consentito", o "aggravamento del rischio consentito" si è occupata di recente una sentenza della IV Sez. della Cassazione, sempre attinente la responsabilità di uno psichiatra, precisamente la numero 4107 del 28.1.2009. In questa i giudici hanno sentenziato che: «L'osservanza delle regole cautelari esonera da responsabilità per rischi che siano prevedibili ma non prevenibili solo se l'agente abbia rigorosamente rispettato non solo le comuni regole cautelari ma altresì quelle la cui osservanza è resa necessaria dalle caratteristiche e dalle modalità che aggravano il rischio, richiedendo l'adozione di ulteriori e più rigorose regole cautelari».

V'è da chiedersi quali siano, in un trattamento territoriale, le «ulteriori e più rigorose regole cautelari» adottabili nella prospettiva del rischio suicidario e come questa frase debba essere riletta alla luce di altra massima innanzi citata, che fa riferimento ai contenuti della posizione di garanzia dello psichiatra, in particolare ai «doveri di protezione e di sorveglianza del paziente in relazione al pericolo di condotte autolesive (e, naturalmente, eterolesive)».

Espressioni come «obbligo di protezione e sorveglianza» sono naturalmente molto poco gradite alle orecchie degli psichiatri, echeggiando un passato che sembrava del tutto sepolto. Certo, si tratta di concetti generici, che rimandano ai fondamenti della "posizione di garanzia" del medico, a come questo concetto cardine si è evoluto nel corso degli anni. Non attengono cioè solo lo psichiatra ma tutti coloro – medici e non – che operano nel tessuto sociale. Ciò detto è indubitabile che sinistramente risuonino come richiami di un lontano passato manicomiale. Tornando alla nostra domanda, cosa significano concretamente «doveri di protezione e sorveglianza» nella prospettiva del suicidio?

Se a essi attribuiamo solo il significato di massima prudenza, attenzione, cura dei dettagli allora non v'è problema, è del tutto ragionevole chiedere il massimo

di diligenza e prudenza in presenza di un rischio palpabile. Se invece significa – come più spesso ci capita di sentire nelle aule di giustizia – ricovero come risposta alla presenza di rischio, a qualunque rischio, se significa per pazienti ricoverati solo controllo, vigilanza estesa sino alla custodia, allora non si può essere d'accordo, non per ragioni ideologiche ma puramente tecniche.

Se a ogni situazione di rischio si dovesse rispondere con aumento di "protezione" e "sorveglianza" le conseguenze, a medio termine, si ripercuoterebbero sulla modalità stessa dell'assistenza psichiatrica attuale, sino a porsi in rotta di collisione con gli obiettivi di cura e promozione della salute. In breve assisteremmo a un vero e proprio stravolgimento degli obiettivi più che dell'operatività dello psichiatra, diremmo per certi versi della finalità, del senso stesso del suo operare.

Si può certo condividere il principio che il rispetto della libertà del paziente, dell'alleanza terapeutica «non può costituire il via libera per mettere in discussione la sicurezza del paziente medesimo e dei terzi» (Cass. Pen., 12.1.05, n.13245); non si può tuttavia neppure accettare, alla ricerca di una "ipotetica" maggiore sicurezza, che si tradisca la finalità stessa dell'intervento curativo, che nell'inseguire la "sicurezza" a tutti i costi si rinneghino quei diritti di scelta e di libertà del malato di mente faticosamente conquistati. Altrimenti si finisce semplicemente per cambiare mestiere.

Con parole brusche ma speriamo efficaci intendiamo dire che non si possono ricoverare tutti i depressi solo perché in ospedale è più difficile suicidarsi e non è possibile porre "speciali" misure preventive, di aumento della vigilanza per tutti i ricoverati solo perché hanno un qualche indice di rischio.

Questo non significa naturalmente rinunciare a svolgere attività protettiva, sia ben chiaro, essa è doverosa quando le situazioni lo richiedano.

In situazioni cliniche particolari, quelle che Hirschfeld colloca nei rischi imminenti (per es., gravi stati depressivi o deliranti-allucinatori), lo psichiatra deve mettere in atto precauzioni straordinarie, necessarie alla salvaguardia dell'incolumità; il ricovero in certe situazioni diviene doveroso e, nel corso del ricovero, anche fare ricorso ad aumentata sorveglianza, per quanto compatibile con le esigenze organizzative e/o con le finalità terapeutiche; sarà anche possibile, in pazienti agitati, la contenzione temporanea e rigidamente limitata in attesa dell'effetto sedativo dei farmaci, ma si intende ribadire che:

a) si tratta di situazioni cliniche limite, che non possono divenire esse stesse terapia ma solo momento – dunque per definizione temporaneo – di un più articolato percorso terapeutico; possono essere pre-

- scelte per fronteggiare condizioni di acuzie clinica ma non in chiave di prevenzione suicidaria generica;
- b) non si possono mettere in atto in maniera indiscriminata e generalizzata misure preventive per il solo fatto che si tratta di pazienti con patologia psichiatrica, per i quali il rischio di comportamenti impulsivi è sempre possibile ma molto spesso imprevedibile;
  - c) esistono limiti invalicabili per norma e rispetto dei principi deontologici ed etici al quale lo psichiatra deve aderire, che impediscono qualsiasi forma di contenzione e/o limitazione della libertà se non in condizioni di acuzie in atto.

Sul piano più strettamente normativo, poi, siamo fra coloro che continuano a credere che forme anche "soft" di controllo e contenzione possano essere messe in atto solo nel caso in cui lo stato di pericolo per la salute del paziente concretizzi uno «stato di necessità» (art. 54 c.p.), in altri termini in condizioni di urgenza clinica, di grave scompenso, quando si prospetta imminenza del gesto autolesivo e non mero rischio, quando l'urgenza è concreta e non potenziale. Ribadiamo quanto detto in altra occasione a proposito della contenzione: «La serietà della scelta impone una proporzionale gravità ed urgenza del quadro clinico» (27).

Ne deriva che, in assenza di disturbi del comportamento suggestivi di scompenso psicopatologico in atto, di una grave condizione depressiva che alimenti radicate idee di morte o condizioni cliniche a essa assimilabili per rischio clinico, lo psichiatra non ha strumenti utili a prevedere, nel singolo caso, acting-out autosoppressivi, né tantomeno possiede strumenti normativi che gli consentano attività di prevenzione "generica" che comportino ingiustificata limitazione alla libertà di movimento del paziente.

Se è vero che in medicina l'obbligazione resta di mezzi e non di risultato può e deve essere richiesta al medico prudenza, diligenza e perizia proporzionate al caso in esame, ai rischi che egli poteva cogliere sulla base delle conoscenze scientifiche di settore e delle informazioni di cui era in possesso in quel momento. Nulla di più. È bene, poi, che tutti abbiano piena consapevolezza dei limiti delle possibilità di previsione dello psichiatra e, soprattutto, dei limiti delle possibilità di intervento. Come ricordava Pancheri (6), uno dei massimi psichiatri italiani, il suicidio si verifica anche nei pazienti trattati e seguiti correttamente (28,29).

## LA QUESTIONE "VIGILANZA"

Il problema della vigilanza merita a nostro avviso una riflessione autonoma perché chi si confronta con questi temi nelle aule di giustizia ben sa che è elemen-

to usualmente chiamato in causa a motivare accuse di imprudenza o negligenza. Tanto spesso abbiamo sentito, da parte di consulenti del PM o della parte civile, fare suggestivi richiami a mancata "maggiore vigilanza", all'assenza di "più estese e pregnanti misure di controllo", argomenti di grande appeal, visto anche l'orientamento giurisprudenziale sul tema.

L'idea che così viene seducentemente introdotta è che con più vigilanza si possano evitare comportamenti suicidari, anche su base impulsiva.

Sull'argomento ci sentiamo di proporre due ordini di considerazioni, strettamente connessi fra loro.

Sul piano terapeutico, come si è detto poc'anzi, la prevenzione del suicidio è estremamente difficile, almeno in assenza di misure pesantemente coercitive. Affermazione dimostrata dal fatto che suicidi si verificano anche in ambiente carcerario, dove l'esigenza custodialistica è esaltata ed è garantita da personale esperto e da prassi consolidata.

D'altro canto, è bene dirlo a chiare lettere, prevedere una maggiore vigilanza – sul piano della reale incidenza sulla dinamica dei fatti – è provvedimento solo marginalmente influente nella prevenzione di un suicidio, per diversi motivi.

Innanzitutto non può certo essere distaccato un infermiere all'osservazione continua di ogni paziente; non è possibile in nessun contesto ospedaliero, neppure in un reparto psichiatrico, ove peraltro spesso la maggior parte dei pazienti ha, sia pure per motivi diversi, fattori di rischio.

Se dai principi si scende poi all'operatività concreta va detto che prescrivere particolare o più alta sorveglianza si concretizza, in sostanza, nella maggiore attenzione prestata dagli infermieri durante le visite in camera, in controlli più ricorrenti mentre eseguono le altre attività del reparto, nel fermarsi qualche minuto in compagnia del ricoverato per vedere se si colgono segnali di cambiamento, nel rivolgergli la parola più spesso per sapere come sta. Tutto questo ogni 30/20/15 minuti al massimo. Situazioni che lasciano comunque tempo più che sufficiente per effettuare un suicidio. Ecco perché il prescrivere maggiore attenzione o sorveglianza è, più spesso, manovra di "medicina difensiva" che concreto strumento atto a ridurre potenziali rischi autolesivi.

L'unico sistema per evitare che un paziente possa farsi del male è ridurlo in una condizione da "detenuto in isolamento", cioè privarlo di tutti gli effetti personali, di quelli lettereschi (anch'essi in grado di essere utilizzati a scopo suicidiario), di posate e così via, perché tutto può essere concretamente utilizzato quale mezzo autolesivo. Per restare alla casistica specifica di suicidi in ambiente ospedaliero, anche psichiatrico, è sufficiente ricordare che ci si può impiccare in bagno con la cinta

dell'accappatoio, o con un semplice asciugamano; si può farlo anche sotto il letto, o attendere la notte quando la frequenza di controlli infermieristici inevitabilmente diminuisce. Il numero di possibilità è pressoché infinito e una prevenzione che tenda a eliminare tutti i possibili strumenti in grado di autoledere è pressoché impossibile, a meno che non si accetti l'idea – del tutto antiterapeutica e contro legge – di ridurre il paziente nell'impossibilità "fisica" di potersi nuocere. *Ex post*, naturalmente, si tende per ragioni "di parte" a sostenere il contrario; *a posteriori* – visto l'esito – può sempre dirsi che la vigilanza non fosse stata sufficiente.

Non è tuttavia dall'esito che può giudicarsi la qualità del comportamento medico, l'avvenuto suicidio non è la dimostrazione del fallimento della strategia terapeutica. Evitare che un paziente si suicidi non potrà mai essere l'obiettivo primario dei sanitari. Fare di tutto perché non avvenga lo è, curarlo nel modo migliore lo è, usare la massima prudenza lo è, non evitare che si suicidi. L'obbligo è essenzialmente di protezione, quello di "controllo" non può appartenere allo psichiatra se non nelle situazioni limite, nelle fasi di massima acuzie.

Ne deriva che, laddove il suicidio non sia il punto di arrivo di un pensiero depressivo, intriso di idee di morte, ma l'agito estemporaneo, improvviso, di volontà distruttiva, non è solo del tutto imprevedibile ma anche e soprattutto non prevenibile in concreto, mancando continuità tra gravità del quadro clinico ed emissione del comportamento.

Meglio di noi lo spiegano le parole di un noto studioso di suicidio in Italia, il prof. Roberto Tatarelli, che in una sua monografia sul tema così si esprime: «Tutti coloro che si occupano scientificamente del suicidio sanno che la prevenzione è il tema centrale [...] e che i progressi compiuti in questo campo sono assolutamente insoddisfacenti. [...] Il principale scacco alla prevenzione del suicidio sta proprio nel fatto che, com'è noto, il fenomeno appare multicausale e che le presunte cause non appartengono ad uno stesso ordine di fenomeni [...] sia il clinico che l'epidemiologo devono così condurre la loro analisi su un ampio numero di fattori [...]. Tali conoscenze debbono poi venire organizzate in un modello che, pur non potendo contenere tutte le variabili, possa almeno sottintenderle. Si tratta di un metodo chiaramente insufficiente: il risultato è sempre che una parte dei suicidi (ma quale?) non può essere evitata...» (30).

## CONCLUSIONI

Riepilogando, potremmo dire che, secondo la più recente evoluzione giurisprudenziale, gli psichiatri

non hanno il compito primario di evitare delitti o suicidi ma debbono comunque gestire l'aggressività dei loro pazienti, auto o etero-diretta che sia, se necessario anche con strumenti limitativi della libertà. Quando la situazione presenta rischi che possano dirsi prevedibili è necessario da parte loro il rigoroso rispetto delle regole cautelari, cioè la massima aderenza alle regole di scienza, diligenza e prudenza. Prevedere un evento – nella prospettiva della responsabilità professionale – significa poterlo rappresentare mentalmente sulla base di conoscenze di settore.

Se queste sono, in sintesi, le massime che derivano dalla riflessione giurisprudenziale dobbiamo dire che esiste un'evidente distanza fra la consapevolezza psichiatrica della complessità dei comportamenti umani, anche di quelli drammatici come un suicidio, o violenti come un omicidio, della molteplicità e circolarità delle cause, della multicausalità della condotta umana, anche di quella criminale, con la necessità giuridica di semplificare il percorso di accertamento della causalità.

Nel mondo reale, per richiamare il titolo di un recente congresso della Società Italiana di Psichiatria (31), una non secondaria parte dell'attività psichiatrica si fonda sulla gestione di situazioni a rischio. Non solo. È raro che un comportamento violento, auto o etero-diretto che sia, possa dirsi non prevedibile per come delineato dalla Cassazione, cioè non mentalmente "rappresentabile". Per una larga parte dei depressi, per es., è rappresentabile un comportamento autolesivo; per larga parte dei borderline è prevedibile un acting-out auto o etero-aggressivo. In questi casi lo psichiatra può di certo prevedere che qualcosa possa accadere, ma non ha sufficienti strumenti scientifici per comprendere se tutto ciò concretizzerà realmente un gesto violento, un suicidio, non sa se e quando questo potrà accadere, almeno fuori dalle condizioni di urgenza, di rischio "imminente". Quando poi i gesti violenti sono alimentati da spinte emotive contingenti, impulsive, chiedere "prevenzione" è semplicemente irrealistico.

Nel corso di processi per responsabilità professionale psichiatrica, per "oggettivare" la situazione di rischio suicida in cui versava il paziente si fa spesso ricorso a ricerche di letteratura, oppure a linee-guida. Variamente utilizzate, spesso strumentalizzate, ricerche e linee-guida (per lo più straniere, peraltro, riferite a contesti operativi molto diversi dal nostro) in ambito giudiziario vengono usate per "dimostrare" che di fronte a un "rischio" non si è risposto con aumento di vigilanza.

Ciò che allo psichiatra si può e deve chiedere è che egli si faccia carico del problema del rischio di suicidio attraverso un'analisi attenta di tutti i fattori di rischio e, soprattutto, che da questa analisi derivino scelte con-

seguiti, consigli, suggerimenti e – solo laddove le condizioni cliniche lo suggeriscano – il ricovero e limitazioni della libertà tali da ridurre, per quanto possibile, l'eventuale messa in atto di gesti autolesivi da parte del paziente.

Vogliamo ripeterlo ancora una volta: a nessuno psichiatra può essere chiesto di evitare che un paziente si suicidi, anche se il suicidio è concretamente una possibile conseguenza della patologia psichiatrica da cui il paziente è affetto. L'obiettivo della terapia psichiatrica è e deve restare la cura della malattia, di cui il suicidio è una (sia pur drammatica) possibile complicanza, a esso connessa in modo variegato.

Se il vero obiettivo fosse evitare (o ridurre) il suicidio allora la risposta non potrebbe che essere la neutralizzazione dei pazienti, anche contro ogni logica terapeutica, anche se in collisione con la possibilità di cura.

Se invece la finalità primaria resta la cura – come noi crediamo – l'obiettivo diviene la minimizzazione del rischio, la gestione del rischio nel modo migliore, a volte solo la sua accettazione, laddove le possibilità non consentano altro.

Abbiamo parlato con così tanti psichiatri, in questi anni, ci siamo confrontati in così tante tavole rotonde, percorsi formativi, congressi, da sapere che è necessario terminare con qualche proposta concreta, con consigli utili ad affrontare i problemi della vita di tutti i giorni. Consigli che non sono – almeno non vogliono essere – psichiatria difensiva ma solo invito a tener conto del rinnovato contesto.

È doveroso che lo psichiatra usi livelli di attenzione, prudenza, diligenza e perizia proporzionali alla gravità della situazione che ha di fronte e dei rischi che è consapevole di dover fronteggiare. Per personale esperienza, nei casi di responsabilità professionale per suicidio, ciò di solito avviene, ma non sempre emerge con chiarezza dalla documentazione clinica.

È necessario dunque che dell'intero percorso trattamento, delle scelte effettuate, delle discussioni di équipe (nel CSM), del confronto con gli altri sanitari (se ricoverato in SPDC), delle raccomandazioni date al personale infermieristico resti chiara traccia documentale in cartella, per mostrare come il problema del possibile suicidio era stato affrontato, discusso, valutato, soppesato e quali misure possibili erano state adottate, posti i limiti di scienza e gli obblighi di norma.

È importante cioè che risulti in maniera inequivoca, dalla documentazione clinica, che a fronte di una situazione di oggettiva gravità, in cui la gestione del rischio era particolarmente elevata, i sanitari abbiano risposto con la messa in atto di un sistema complessivo di misure preventive proporzionale al rischio, fer-

mo restando naturalmente i limiti che l'attuale normativa impone al rispetto della libertà e alle scelte individuali. Se è vero, difatti, che vi sono pazienti che possono presentare in un dato momento indice di rischio suicidario maggiore, e verso questi è indispensabile attivarsi con misure precauzionali e adeguato trattamento farmacologico, ogni iniziativa deve essere sempre temperata dalla necessità di consenso (in carenza di requisiti per il TSO) e dai limiti oggettivi della scienza psichiatrica, tenuto conto della multifattorialità nel suicidio.

In sintesi sono indispensabili buone prassi ma è anche necessario che queste siano documentate, che nella lettura *a posteriori* della cartella clinica tutto ciò emerga con chiarezza.

Questa è, a nostro avviso, la migliore "polizza assicurativa" che uno psichiatra possa accendere.

Se da un lato, in definitiva, non si può che rimanere un po' sgomenti dall'orientamento assunto in questi ultimi tempi dalla giurisprudenza, dall'altro si deve richiamare lo psichiatra a una "resistenza" sui principi della sua professione, che non possono essere stravolti per paura o in ossequio alla neonata psichiatria difensiva, di cui realmente non si sentiva proprio il bisogno.

È il momento di concludere, di rispondere ai quesiti dai cui eravamo partiti, e riteniamo di farlo in questo modo:

- lo psichiatra ha, quale obbligo specifico, quello di porre in essere tutto ciò che è nelle sue possibilità per evitare che un suicidio – quale esito di un evento prevedibile – possa concretizzarsi; più è alto il rischio, più è necessario adottare – e documentare – le misure protettive e precauzionali poste in essere;
- il suicidio non è prova dell'avvenuto errore professionale ma lo psichiatra dovrà dimostrare di aver messo in atto tutto quanto era nelle sue possibilità per contrastare questo rischio; nelle situazioni di acuzie clinica, di rischio imminente, potrà eventualmente ricorrere anche a limitazioni (parziali o più ampie) della libertà del paziente;
- lo psichiatra deve sempre mantenere il rispetto della libertà e delle scelte del suo paziente, ma quando è in gioco la sua vita i diversi diritti vanno temperati. Non esiste obbligo di evitare un suicidio ma neppure diritto a suicidarsi, specie se il suicidio risulta essere connesso a un disturbo mentale;
- i principi della 180/78 sono indiscussi, ma non possono cambiare la "posizione di garanzia" posta a fondamento della responsabilità medica, che vuole che ogni sanitario si adoperi «a tutelare la salute di ogni paziente da qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità».

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bilancetti M. La responsabilità civile e penale del medico. Padova: Cedam, 2005.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Torino: CSI, 1997.
3. De Leo D, Pavan L, Baconcini C. Suicidio. Trattato Italiano di Psichiatria. Milano: Masson, 1999.
4. Mercenaro S, Ghiani C, Tondo L. Fattori clinici associati al rischio suicidario in pazienti depressi. Studi su Aggressività e Suicidio 2006; 7: 28-35.
5. Blumenthal SI. Suicide: a guide to risk factors assessment, and treatment of suicidal patients. Med Clin North Am 1988; 72: 937-71.
6. Pancheri P. Errori terapeutici in psichiatria. Firenze: Scientific Press, 2000.
7. Roose STP, Glassman AH, Walsh T, Woodring S, Vital-Herne J. Depression, delusion and suicide. Am J Psychiatry 1983; 140: 1159-62.
8. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. J Affect Disord 2004; 82: 437-42.
9. Wu LH, Dunner DL. Suicide attempts in rapid cycling bipolar disorder patients. J Affect Disord 1993; 29: 57-61.
10. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini RJ. Suicidal behaviour in bipolar disorder. CNS Drugs 2003; 17: 491-511.
11. Sharma R, Markar HR. Mortality in affective disorder. J Affect Disord 1994; 31: 91-6.
12. Nordström P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorder. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 345-50.
13. Jacobs DG. Guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Harvard Medical School, 1998.
14. Blair-West GW, Mellsop GW. Down-rating lifetime suicide risk in major depression. Acta Psychiatr Scand 1997; 9: 259-63.
15. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatr 2004; 161: 1433-41.
16. Diekstra RFW. Epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993; 371: 9-20.
17. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo G. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-38.
18. De Leo D, Diekstra RFW. Depression and suicide in late life. Toronto-Berna: Hogrefe-Huber Publishers, 1990.
19. AAVV. DSM-IV-TR: Criteri diagnostici. Padova: Masson, 2000.
20. De Leo D. Aspetti clinici del comportamento suicidario. Padova: Masson, 1990.
21. Gabbard O. Psichiatria psicodinamica, nuova edizione basata sul DSM-IV. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.
22. Hall RCW, Platt DE. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care. Psychosomatics 1999; 40: 18-27.
23. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med 1997; 337: 910-5.
24. Sabo AN, Gunderson JG, Najavits LM, Chauncey D, Kisiel C. Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy. A prospective follow-up. J Nerv Ment Dis 1995; 183: 370-6.
25. Infrasca R. Stile genitoriale e ideazione suicidaria nel paziente psichiatrico. Giornale Italiano di Psicopatologia 2009; 15: 186-92.
26. Fiori A, Buzzi F. Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. Pen. N. 10795/2008. Rivista Italiana di Medicina Legale 2008; 6: 1438-55.
27. Catanesi R, Troccoli G, Carabellese F. La contenzione in psichiatria. Profili di responsabilità professionale. Rivista Italiana di Medicina Legale 2003; 25: 1005.
28. Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness. New York-Oxford: University Press, 1990.
29. Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, et al. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. Am J Psychiatry 1999; 156: 190-4.
30. Tatarelli R. Suicidio. Psicopatologia e prevenzione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1992.
31. Società Italiana di Psichiatria. La psichiatria moderna ed "il mondo reale": molteplicità, integrazione, eclettismo. XLV Congresso Nazionale SIP. Roma, 11-15 ottobre 2009.