

Rischio suicidario nel paziente depresso e possibili ricadute forensi sulla condotta professionale dello psichiatra

Suicide risk in the patient with depression and possible forensic implications on the psychiatrist's behaviour

... e guidare come un pazzo a fari spenti
nella notte per vedere se poi è tanto facile morire ...
(L. Battisti, *Emozioni*)

La componente distruttiva del paziente caratterizza l'esercizio della psichiatria rispetto a quello delle altre specialità mediche. Le scelte comportamentali del soggetto riflettono largamente le condizioni mentali disturbate ed, in alcuni casi, possono esporre lo psichiatra al rischio di possibili ricadute forensi relative al proprio operato professionale.

Ciò può accadere per la reattività impulsivo-esplosiva di alcuni disturbi di personalità ma diventa più evidente nei disturbi depressivi, sia perché sono più diffusi, sia perché favoriscono l'ideazione di morte ed aumentano il rischio di suicidio tra coloro che ne sono affetti.

Ma depressione e suicidio hanno in comune anche la difficoltà del soggetto a chiedere aiuto: nel primo caso ciò contribuisce al ritardo diagnostico e terapeutico; nel secondo, può portare a conseguenze irreparabili.

Provare il desiderio di morire è considerata un'esperienza possibile nel corso dell'esistenza e, in qualche misura, si ritrova anche nei comportamenti di sfida estrema. Cosa ben diversa è pensare di porre fine all'esistenza volontariamente e concentrare la propria attività mentale sul progetto di quando e come farlo. Altra cosa ancora, è reagire in modo impulsivo alla percezione disperata di sofferenza interiore, salvo provare *pentimenti* postumi, come può accadere a chi abbia ingerito sostanze potenzialmente letali.

Va, tuttavia considerato che:

- a. non tutti i depressi entrano in contatto con uno psichiatra;
- b. non tutti tentano di suicidarsi;
- c. non tutti i suicidi tentati ed attuati sono stati preordinati: molti sono impulsivi;
- d. alcune modalità esistenziali di *risk taking* possono esprimere una tendenza coperta alla suicidalità, che sembra piuttosto orientata verso una sorta di casualità ricercata;
- e. la determinazione a porre fine alla propria vita può essere anche dichiarata ma, in genere, viene perseguita con tenace dissimulazione fino al compimento dell'atto, aggirando eventuali misure di prevenzione;
- f. il suicidio e l'omicidio-suicidio possono essere la ri-

velazione drammatica, improvvisa e definitiva di un disturbo psichiatrico grave, non esclusivamente depressivo, che non sia stato preceduto da segni evidenti di alterazione mentale né dal contatto con uno psichiatra.

In termini statistici, negli Stati Uniti una persona su dieci ha idee di suicidio e viene commesso un suicidio ogni venti minuti con circa 33.000 morti l'anno. Questa cifra ha fatto attribuire al suicidio l'11^a causa di morte più diffusa nel 2006 (NIMH). È ancora più grave che per ogni suicidio riuscito si registrino da 12 a 25 tentativi (TS) che portano a circa 650.000/anno il numero di persone ammesse in strutture di emergenza per questo motivo ¹.

I dati ISTAT 2007 riportano, in Italia, 2.867 suicidi e 3.234 TS accertati, con tassi rispettivi di 4,8 e 5,5/100.000.

Il rischio di suicidio è incrementato di 20 volte dalla depressione e sale ulteriormente se vi sono disturbi d'ansia in comorbilità, raggiungendo il 28% per il panico ed al 38% per il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Il 60% dei suicidi ha una storia di depressione maggiore (DM) con il tasso stimato *lifetime* di TS dell'8% ². Le depressioni resistenti raccolgono i casi più gravi e rappresentano un ulteriore fattore di rischio specifico. Nei disturbi bipolari, che riguardano circa la metà di tutte le diagnosi di depressione, il rischio di suicidio è stimato cumulativamente tra il 10-20% ³.

Nella gestione clinica del paziente depresso a rischio suicidario, tutti i livelli d'intervento psichiatrico sono esposti a possibili ricadute medico-legali, dalla valutazione clinica, incluso l'impianto e l'aggiornamento della cartella clinica, all'attivazione della terapia, all'organizzazione di misure di sicurezza ambientale: sono tutte azioni professionali interdipendenti, che il medico è tenuto a mettere in atto con diligenza, prudenza e perizia.

La FDA ha emesso nel 2003 un "warning" sull'incremento di rischio di suicidio nell'impiego di antidepressivi in età evolutiva. Nell'editoriale apparso nel 2006 sull'"American Journal of Psychiatry", Simon ⁴ ricorda che numerose metanalisi sull'uso di antidepressivi hanno evidenziato che non esistono differenze d'incremento o di diminuzione del rischio di tentato suicidio o di

morte per suicidio nei soggetti adulti esposti a molecole attive rispetto a coloro che avevano ricevuto placebo. Ciò nonostante, nel 2007 il *warning* è stato esteso anche agli adulti.

Nella pratica clinica si riconosce la difficoltà di condurre la terapia antidepressiva e si sottolinea che la valutazione clinica del rischio suicidario è una componente ineludibile della valutazione di gravità della depressione ⁵.

Queste premesse sottolineano che l'esame clinico con l'ausilio di scale di valutazione psicopatologica è critico per ogni paziente con disturbi dell'umore, e richiede sistematicamente la diagnostica differenziale tra la DM ed i disturbi dello spettro bipolare. Tanto più che per questi ultimi il rischio suicidario è elevato anche in fase ipo- e maniacale, mentre la negazione/dissimulazione, l'alta instabilità emotiva, la produttività psicotica, l'uso di sostanze e la storia personale di 1-2 insuccessi terapeutici sono altrettanti elementi aggiuntivi.

La condizione di stato richiede l'esame approfondito di molti elementi, (recenti esperienze di perdita, problemi relazionali, abuso alcolico, dimestichezza/possesso di armi da fuoco, cambiamenti d'umore rapidi, umore depresso persistente e reazione a disabilità fisica inattesa). Altri elementi rientrano nella storia personale del soggetto, (precedente condotta suicidaria, relazione con qualcuno che si sia suicidato, aver subito abusi nell'infanzia/adolescenza, essere stato trascurato, respinto dai genitori). Sono ad alto rischio coloro che presentano: depressione clinica grave, specialmente se con elementi psicotici, mostrano senso di distacco/disperazione, rivelano ideazione suicidaria attiva e piani di suicidio, con storia di tentativi ripetuti. Ulteriori aspetti qualificanti sono la diagnosi in Asse II di Uso di sostanze/disturbo di personalità cluster B, l'essere affetti da una o più malattie croniche o attive, e lo stato di divorziato o vedovo.

Dallo stato clinico del soggetto, oltre che da circostanze ambientali, deriva il quesito chiave nelle decisioni d'intervento: esiste la possibilità di cura ambulatoriale oppure è necessaria terapia ospedaliera? Da questa decisione iniziale possono nascere possibili ricadute medico-legali, che si estendono a molteplici aspetti dell'azione professionale.

Infatti, se nella letteratura internazionale il mancato riconoscimento di rischio, implicito nella terapia ambulatoriale e la mancata ospedalizzazione del paziente suicidario sono posti al primo livello di analisi medico-legale, va anche sottolineato che essa si sofferma sulla omessa raccolta di dettagli della storia che, al contrario, siano in grado di documentare la mancanza di atteggiamento suicidario al momento della decisione.

Naturalmente, il ricovero ospedaliero in condizioni di emergenza contiene il rischio immediato ma non lo

esclude. Anzi, esso aumenta durante la prima settimana di degenza e subito dopo la dimissione, così come risente dell'instabilità dovuta a cambiamenti interni del reparto. Tra i pazienti ospedalizzati, circa la metà dei suicidi era in terapia psichiatrica; la maggioranza aveva ricevuto antidepressivi sotto-dosati oppure aveva interrotto ogni cura al momento del suicidio.

La morte per suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale rappresenta l'evento sentinella n. 10 del protocollo per il monitoraggio del rischio ospedaliero (2005) e rientra nella raccomandazione n. 4: "Prevenzione del suicidio in ospedale" del Ministero della Salute 2 (agosto 2006), per la quale sono richiesti appositi piani per la gestione del rischio.

Per i pazienti ambulatoriali, la probabilità di suicidio è più alta all'inizio di un episodio depressivo e verso la conclusione dello stesso, ma oltre 1/3 dei suicidi si verifica entro i primi 6 mesi dalla dimissione. Sono anche ad alto rischio i *frequent users* dei servizi di Pronto Soccorso: il rischio di suicidio nel panico è 7 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Ai fini della responsabilità dello psichiatra vengono prese in considerazione una serie di omissioni quali la mancata prescrizione di adottare particolari cautele per coloro che, dimessi dall'unità di emergenza, siano trasferiti ad altri contesti istituzionali non psichiatrici, oppure mancata previsione della continuità di follow-up o dell'eventuale riammissione in emergenza ovvero la mancata comunicazione al paziente ed alle persone che vi sono in contatto, dei segnali di possibile peggioramento della tendenza suicidaria. Infine, la giurisprudenza americana riconosce la mancata informazione a terzi di possibili minacce e di eventuali rischi che possono correre, che riflette il *duty to warn* da parte dello psichiatra: questi aspetti, che potrebbero avere una valenza etica, sollevano problemi di rispetto del segreto professionale e della riservatezza, nel nostro ordinamento legislativo.

In caso di suicidio del paziente, Nivoli et al. ⁶ ricordano che lo psichiatra potrebbe essere esposto alle seguenti ipotesi di reato:

- omicidio (art. 575 c.p.);
- omicidio colposo (art. 589 c.p.);
- abbandono di persona minore o incapace (art. 591 c.p.);
- omissione di soccorso (art. 593 c.p.);
- omicidio del consenziente (art. 579 c.p.);
- istigazione ed aiuto al suicidio (art. 580 c.p.);
- rifiuto/omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.).

La giurisprudenza italiana si è pronunciata più volte sulla responsabilità dello psichiatra in tema di colpa medica, rilevando condotte omissive, prevalentemente incentrate sulla posizione di garanzia dello psichiatra, oppure evidenziando la condotta colposa imprudente o negligen-

te attraverso la ricostruzione medico-legale dell'operato professionale.

Nel primo caso, con la condanna del medico è stato ribadito il principio che "... il sanitario che ha in cura un paziente infermo di mente rimane titolare dell'obbligo della protezione del bene della vita e dell'incolumità individuale del medesimo, per lo meno quando questi risulti pericoloso per sé, come quando sia ad alto rischio suicidario" (Cass. Pen. sent. n. 13241, 2005). Pertanto, emerge l'obbligo di assicurare co-presenza vigilante e di mettere in atto misure cautelari appropriate, personali ed ambientali, idonee a proteggere il soggetto da condotte auto ed etero-lesive, anche al di fuori del regime di TSO, ove il livello di sorveglianza appare codificato, in senso crescente, dalla vigilanza alla custodia ed alla contenzione (Corte d'Appello di Torino, 2008).

Nel secondo caso, la documentazione clinica assume il ruolo cruciale di fonte di dati per poter riesaminare tutti i passaggi tecnici: ciò significa che una cartella clinica ineccepibile nell'impianto e nelle annotazioni può costituire elemento di prova a favore, ma, al contrario, può diventare elemento probatorio di accusa, una cartella clinica lacunosa, contraddittoria, che non consenta la ricostruzione della logica sequenziale dei provvedimenti adottati.

Nel caso della paziente affidata ad un collaboratore volontario per "fare un giretto" senza che l'accompagnatore fosse stato informato delle intenzioni suicidarie del soggetto, il medico è stato riconosciuto colpevole di omicidio colposo, per imprudente sottostima del rischio specifico (Cass. Pen. 2003, n. 227876) ed è stato precisato che la paziente si trovava in una situazione di diminuita custodia, prima che si fosse conclusa "la fase di latenza del trattamento farmacologico antidepressivo, con conseguente aumento del rischio suicidario".

La valutazione di merito è giunta alla condanna di altro sanitario per sovradosaggio farmacologico antidepressivi (Cass. Pen. n. 840/2007). Nella motivazione della sentenza si legge che il sanitario va condannato perché ha violato il divieto di somministrare le terapie in dosaggi superiori a quelli previsti e senza tener conto della pericolosità dei fattori di accumulo "... introducendo, così, nel quadro clinico della paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi ...".

La verifica sul rapporto tra evento concreto e norma cautelare ha evidenziato la concretizzazione del rischio: in altri termini, mentre il concetto giuridico di prevedibilità è un'ipotesi logica astratta, la concretizzazione le conferisce la valenza di prevedibilità oggettiva che, come tale, è verificabile a posteriori (Cass., Sez. IV, 17 maggio 2006, n. 4675).

A questo riguardo, il pensiero medico ed il pensiero giuridico appaiono diversificati dalle rispettive operatività: in senso medico, l'osservazione dei fatti nel loro divenire restringe il campo delle ipotesi prevedibili in base

alle evidenze ed alle conoscenze del momento. In senso giuridico, partendo dalla rappresentabilità mentale di un rischio, si riesamina la logica decisionale rispetto alla probabilità statistica delle conoscenze consolidate al momento del fatto, temperando il livello di prevedibilità rispetto alle conoscenze di un professionista di pari formazione ed esperienza. Ciò potrebbe, però, introdurre una deriva verso la verità processuale, con scostamento dalla realtà clinica del caso, che resta sempre al centro di ogni valutazione probatoria.

In tema di responsabilità medica, viene anche stabilito che il principio dell'affidamento, e cioè il principio secondo il quale ciascuno può contare sull'adempimento, da parte degli altri, dei doveri su essi incombenti, "... non può essere invocato da chi per primo abbia violato una norma di condotta", IV Sez. Penale della Corte di Cassazione (Sent. 10430 del 3 marzo 2004).

A garanzia del medico resta l'onere della prova a carico di chi è tenuto a dimostrare che:

1. vi sia stato un atto o un'omissione da parte dell'accusato o di qualcuno della cui condotta egli sia responsabile (secondo il principio di *Respondeat superior*);
2. vi sia una relazione di causalità tra la condotta tenuta e l'evento lesivo /dannoso determinatosi.

Naturalmente la revisione dell'operato medico nella fattispecie può risultare difforme da quanto prospettato, anche perché "... L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio ..." (Cass. Civ., SS.UU, sentenza 11.09.2002 n. 30328).

Infine, vale la pena di ricordare che tra le responsabilità del medico esiste l'obbligo di vigilare sull'operato dei propri collaboratori e di scegliere correttamente le persone alle quali affidare determinati compiti, per il rischio potenziale di *Culpa in vigilando* e *Culpa in eligendo*.

L'assistenza e la sorveglianza del malato di mente, coincidono nella cura e nell'assistenza del paziente. Tuttavia il responsabile del reparto di degenza psichiatrica ha l'obbligo assicurarsi che la struttura disponga di protezioni ambientali adeguate e che eventuali misure precauzionali e di vigilanza siano attuate e messe conoscenza di tutto il personale secondo la tipologia di utenza (pazienti c.d. 'normali', soggetti in TSO, oppure con capacità di intendere e di volere ridotta o nulla, minorenni, ecc.). Altrettanto vale nell'affidare un soggetto a rischio ad un collaboratore che non sia non adeguatamente formato a fronteggiare la possibile messa in atto di eventuali comportamenti autolesivi. La mancata informazione del rischio è un'aggravante potenziale.

È stata tratteggiata una panoramica dei risvolti medico-legali che possono derivare dalla presa in carico di un soggetto a rischio suicidario con l'intento di trasformare il monito severo delle valutazioni giudiziarie in stimolo costruttivo verso la completezza consapevole della professionalità. La preoccupazione per il crescente coinvolgimento di psichiatri in comportamenti professionali valutati di rilevanza medico-legale anche attraverso la condotta dei malati, induce una riflessione sull'esigenza di approfondimento sistematico delle conoscenze psichiatrico-forensi da trasferire nella pratica.

La qualità dell'intervento può diventare più raffinata e soddisfacente coniugando le conoscenze più aggiornate con la sensibilità umana e con l'assunzione consapevole delle responsabilità professionali. Naturalmente, questa capacità si estende all'intero gruppo che si prende cura del malato, in modo che la diversità delle competenze si integri nella coesione "di squadra" e non degeneri in frammentazione competitiva né conflittuale.

Se il senso della "posizione di garanzia" viene vissuto come disponibilità ad "accompagnare" il malato, il ruolo professionale dello psichiatra, già difficile e complesso,

probabilmente richiede un impegno etico che vada oltre la mera competenza tecnica.

Amato Amati

Professore Ordinario di Psichiatria (R)
UMG – Università "Magna Græcia" di Catanzaro

Bibliografia

- ¹ Brandt Caudill O. *Malpractice dangers for psychiatrists*. Malpractice Corner on line 12/29/2009.
- ² Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. Br J Psychiatry 1997;170:205-28.
- ³ Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer MB. *Bipolar disorder*. Lancet 2002;19;359:241-7.
- ⁴ Simon GE. *How can we know whether antidepressants increase suicide risk?* Am J Psychiatry 2006;163:1861-3.
- ⁵ Culpepper L. *Clinical and pharmacologic strategies to achieve remission in depression*. MedscapeCME Psychiatry & Mental Health - <http://www.medscape.org/viewarticle/729857>.
- ⁶ Nivoli GC, Lorettu L, Nivoli A, et al. *La responsabilità forense dello psichiatra in tema di suicidio*. Studies on Aggressiveness and suicide 2008,12:15-22.