Osservazioni psichiatrico-forensi in tema di imputazioni e condanne agli psichiatri per il suicidio del paziente

Forensic observations focusing on prosecutions and convictions of psychiatrists after patient suicide

G.C. Nivoli, L. Lorettu, L.F. Nivoli, A.M.A. Nivoli

Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Università di Sassari

Summary

Objective
Purpose of the present study is to point-out ten clinical-forensic implications of the management of suicidal risk, which can be useful for assessing the professional responsibility of the psychiatrist.

Method
The present study is the authors' personal contributions, based on clinical and forensic experience as experts appointed by the judge, legal advisers and experts of audits in cases in which patients committed or attempted suicide.

Results
The ten clinical forensic implications highlighted by the present study are: 1) the causes of suicide are multifactorial; 2) there is a lack of reliable methodology for predicting suicide in individual cases; 3) quantity and quality of suicidal risk changes across time; 4) it is impossible to prevent suicide always; 5) there is need for clinical judgment at the moment of the facts; 6) contextualization of suicidal occurrence in the individual clinical case; 7) differential responsibility of staff; 8) apparent and real contrasts in suicidal risk evaluation; 9) the variability of the extension of the duty to care for and protect the patient; 10) the good clinical practice, seen as overcoming of the dichotomy between liability of means and liability of results.

Conclusions
The ten clinical forensic implications have the immediate aim to prompt the psychiatrist to test his/her good clinical practice through the medical records. They may constitute a basis for discussion aiming to obtain consensus among psychiatrists about good clinical practice and suicide forensic implications.

Key words

Suicide • Suicidal risk • Mental disorder • Litigation • Professional negligence

Il suicidio del paziente è uno degli eventi più dolorosi e drammatici nella pratica psichiatrica. La morte per suicidio di un paziente è una delle cause più frequenti, nelle aule giudiziarie, delle imputazioni e condanne a livello penale e civile dello psichiatra. Il tema della responsabilità professionale dello psichiatra nei confronti di un paziente a rischio suicidario è complesso, ricco di sfumature cliniche e forensi, influenzato da disparate e contrastanti interpretazioni della buona pratica clinica e della legge. Tuttavia nella pratica forense il giudizio sulla responsabilità dello psichiatra implica almeno due ordini di variabili: la presenza di alcune osservazioni cliniche sul suicidio che godano di un buon consenso scientifico e alcune osservazioni forensi realistiche che quotidianamente sono utilizzate dallo psichiatra che cura e dai vari protagonisti (magistrati, avvocati, periti, consulenti, familiari del suicida) che in differenti ruoli accusano, difendono o giudicano lo psichiatra.
Non è compito delle presenti osservazioni una disamina su tutte le evidenze cliniche e le loro gerarchie di importanza in tema di suicidio [1], sulla validità dei vari metodi di gestione del rischio suicidario [2-4], sugli aspetti squisitamente medico legali della responsabilità dello psichiatra in rapporto a specifiche sentenze civili e penali [5-8].
Obiettivo del presente studio è di mettere in luce una serie di osservazioni psichiatrico-forensi sul suicidio utili, in particolare, per il giudizio sulla responsabilità dello psichiatra in un'aula giudiziaria. Lo scopo delle presenti osservazioni forensi è anche di migliorare la formazione dello psichiatra attraverso una sua maggior attenzione a compilare la cartella clinica documentandola in modo chiaro, dettagliato ed esauriente, di quella buona pratica clinica che spesso è oggetto di attenta indagine, di dubbi e di critiche nelle aule giudiziarie. La cartella clinica, adeguatamente compilata, rappresenta la prova più valida e concreta in un'aula giudiziaria a favore di una corretta attività psichiatrica.

Correspondence
Gian Carlo Nivoli, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili, Sezione di Psichiatria, Villaggio San Camillo, s.s. 200, 07100 Sassari, Italia • Tel. +39 079 254406 • Fax: +39 079 228350 • E-mail: clinpsic@uniss.it

Le osservazioni psichiatrico-forensi che seguono sono tratte dalla specifica esperienza degli autori in ambito clinico-assistenziale e nelle loro attività peritali e di consulenza, nel corso di audit su casi di suicidio attuato o tentato, in pazienti che non sono stati, o non erano ancora, oggetto di un'indagine giudiziaria.

Osservazioni psichiatrico-forensi in tema di suicidio

Saranno descritte dieci osservazioni psichiatrico-forensi in tema di suicidio del paziente.

Il suicidio è un evento multi determinato

Le cause del suicidio sono molteplici: biologiche, psichiatriche, psicologiche, sociali, sottoculturali, ecc. [9 10]. Il suicidio è un evento multideterminato e cioè non è legato a una sola e unica motivazione diretta, ma a numerose motivazioni che interagiscono e s'integrano tra loro in uno stesso individuo, in modo dinamico nel tempo. Il suicidio è quindi causato da una costellazione di motivazioni. Per quanto concerne la relazione tra suicidio e disturbo psichico è da precisare che il suicidio non è legato in modo esclusivo e diretto al disturbo mentale [11]. Il disturbo mentale è infatti solo una, a prescindere da una sua giustificazione d'importanza, tra le numerose e molteplici variabili che possono stimolare il suicidio e aumentare il rischio suicidario. Ovviamente anche il disturbo mentale, come molte altre variabili legate al rischio di suicidio, deve essere oggetto di un attento esame e di provvedimenti a livello terapeutico e preventivo. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. inadeguatezza clinica e forense di ragionamenti semplicistici riduttivi, in tema di relazione tra disturbo psichico e suicidio;

b. necessità di valutare nei giudizi di responsabilità l'impossibilità dello psichiatra di controllare tutte le variabili causali del suicidio.

Si tratta di un ragionamento semplicistico e riduttivo quando si afferma "quel paziente si è ucciso perché era depresso". È da considerare che non tutti i depressi si uccidono, che esistono depressioni assai differenti a livello di sintomatologia, ecc. Sarebbe più corretto affermare sotto il profilo clinico e forense che quel paziente si è ucciso perché non solo era depresso ma anche perché era impulsivo, aggressivo verso se stesso, frustrato nelle sue aspettative sul lavoro e incapace di tollerare la recente separazione dalla sua compagna. Non può essere ignorato inoltre, nella ricerca causale del suicidio, che in ogni atto suicidario vi è sempre qualcosa di poco comprensibile e di misterioso che talvolta è difficile e spesso impossibile da comprendere anche per lo psichiatra. Il terapeuta che ritiene di poter controllare tutte le variabili biologiche, psichiatriche, psicologiche, sociali, ecc., che determinano il suicidio potrebbe facilmente essere sospettabile di soffrire di una specifica psicopatologia personale, e in qualsiasi caso non avrebbe le caratteristiche di formazione professionale per offrire le garanzie di un comportamento beneficiale per il paziente. Egualmente non è possibile per chi deve giudicare lo psichiatra attribuirgli caratteristiche di onnipotenza e di controllo su tutte le variabili che governano il rischio suicidario o sulla capacità di guarire sempre e completamente ogni tipo di disturbo psichico. Nasce quindi la necessità in ambito forense di considerare la difficoltà reale dello psichiatra di gestire il singolo caso clinico, a prescindere dai casi più manifesti di chiara imprevedibilità e inevitabilità o di grossolane manchevolezze in tema di prudenza, diligenza e perizia professionale.

Non esistono metodologie obiettive per una sicura previsione del suicidio

La valutazione del rischio suicidario di un paziente può essere effettuata, in linea generale, attraverso due metodologie: quella clinica e quella attuariale. La metodologia clinica si basa sul colloquio clinico col paziente [12]. Nel corso del colloquio clinico non solo lo psichiatra può raccogliere le informazioni anamnestiche personali e familiari, praticare un esame psichiatrico, una valutazione del rischio suicidario con valori di attualità, ma anche avvalersi del linguaggio gestuale del paziente e valutare le reazioni emotive che il paziente comunica e le reazioni emotive che il paziente suscita in chi lo ascolta [13]. La metodologia attuariale [14] consiste nell'esaminare il paziente con interviste strutturate, questionari con domande già compilate, reattivi mentali, ecc., che hanno lo scopo specifico attraverso la valutazione di dati più possibili obbiettivi (età, sesso, diagnosi psichiatrica, uso di droghe, ecc.), di stabilire a livello statistico, il rischio di suicidio. Il metodo clinico e il metodo attuariale possono essere associati tra loro e spesso presentano nel clinico esperto tratti comuni di valutazione del paziente con rischio suicidario. Tuttavia ambedue i metodi praticati da soli o praticati in associazione non permettono una sicura previsione, nel singolo caso clinico, dell'evento suicidario [15-18]. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. necessità di valutare il rischio suicidario;

b. necessità di ridurre il rischio suicidario.

Pur con la chiara consapevolezza dell'inesistenza di metodologie obiettive per una sicura previsione del suicidio in un caso specifico, lo psichiatra deve effettuare, con le modalità opportune, una valutazione del rischio suicidario del suo paziente e documentarle nella cartella clinica. Si tratta di una buona pratica clinica beneficiale per il

paziente e di una tutela personale dello psichiatra nei confronti della legge. Egualmente devono essere adottate le misure adeguate per un'effettiva e concreta riduzione del rischio suicidario nello specifico paziente in terapia. Tanto nella valutazione quanto nella riduzione del rischio suicidario del singolo paziente vale la regola generale che lo psichiatra "non deve fare tutto" (ad esempio applicare tutti i possibili esami attuariali), ma solo "fare quello che deve fare" (secondo la buona pratica clinica in quello specifico contesto di cura, con quello specifico paziente, al momento del suo esame, ecc.).

Il rischio suicidario può variare come qualità e quantità rapidamente nel tempo

Il rischio suicidario del paziente non rimane sempre costante, ma varia spesso anche rapidamente in breve spazio di tempo [19]. La tipologia e la gravità clinica delle motivazioni alla base di queste rapide variazioni del rischio suicidario sono complesse e possono in particolare essere legate, nel soggetto con disturbo psichico, alla mutevolezza dei sintomi del disturbo mentale nel tempo, alle circostanze psicosociali cui è esposto il soggetto, e alla ambivalenza altalenante che spesso il paziente mette in atto, nei confronti dell'agito suicidario. Il disturbo psichico non rimane costante nel tempo (la depressione può variare come gravità di sintomi depressivi, ma anche come qualità, ad esempio nei disturbi bipolari, evolvere da depressione in eccitamento maniacale). Le circostanze psicosociali possono indurre improvvisi stimoli stressanti costituiti da eventi percepiti dal soggetto come estremamente dolorosi, con vissuti di mancanza di speranza (*hopelessness*), mancanza di possibilità di aiuto (*helplessness*), con sentimenti di profonda indegnità personale (*worthlessness*), che possono scatenare l'agito suicidario (ad esempio l'improvvisa comunicazione al soggetto della moglie che lo ha abbandonato; un percepito o reale tracollo finanziario; ecc.). Inoltre i soggetti a rischio suicidario non sempre sono così decisi "o mi uccido o non mi uccido", ma spesso sono ambivalenti verso l'agito suicidario. Non raramente il passaggio all'atto di suicidio è legato a circostanze fortuite e imprevedibili (ad esempio una telefonata od un incontro inaspettato possono modificare a livello manifesto, in modo significativo, l'intento e la progettualità suicidaria del soggetto).

In ambito psichiatrico-forense può essere evidenziato quanto segue:

a. la necessità di valutare le possibili variazioni del rischio suicidario;

b. la constatazione clinica realistica che lo psichiatra non può prevedere tutte le mutevolezze del rischio suicidario.

Lo psichiatra deve valutare, nei limiti legati a una buona pratica clinica, nel "concreto del caso specifico" e non "attraverso astratte possibilità teoriche", le variazioni del rischio suicidario e documentarle in cartella clinica con i relativi, adeguati, fattibili e controllabili provvedimenti preventivi. Non può essere richiesto allo psichiatra di "predire il futuro", soprattutto sulla base del "senno del poi", o di "non possedere tutte le informazioni sul paziente" tenendo infatti in conto che spesso i pazienti a rischio suicidario non sempre raccontano tutte le verità sulle loro intenzioni, ma le nascondono o le dissimulano.

Impossibilità materiale del clinico di impedire a lungo termine che una persona decisa a uccidersi compia il suicidio

Lo psichiatra utilizzando le sue strutture di ambiente fisico e di personale non è in grado di impedire, a lungo termine, che un paziente deciso a uccidersi compia il suicidio. La sorveglianza a vista ventiquattro ore su ventiquattro non azzera le possibilità che il paziente si uccida (ad esempio il paziente si può tagliare le vene ai polsi e simulare di dormire nel letto coprendosi con le coperte; non è possibile controllare ogni paziente sollevandogli ogni pochi minuti le coperte). La contenzione fisica non può essere prolungata in modo indefinito, oltre il fatto che deve essere fortemente giustificata nella sua applicazione. L'eliminazione di tutti i mezzi letali con i quali il paziente potrebbe uccidersi è una pura utopia, un volo di fantasia irrealizzabile (il paziente, se lo vuole, può autosoffocarsi, fracassarsi il cranio contro oggetti, precipitarsi, ecc., anche nell'ambiente fisico più rispettoso delle norme per prevenire il suicidio). Queste constatazioni non tolgono importanza a comportamenti cautelari di prevenzione e di prudenza che lo psichiatra è tenuto ad applicare e documentare in cartella clinica nei riguardi di un paziente con rischio suicidario. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. utilità del documentare la messa in atto di misure preventive del suicidio;

b. inadeguatezza di pregiudizi sul controllo assoluto del comportamento suicidario del paziente.

È utile che lo psichiatra adotti i mezzi possibili e fattibili preventivi per ridurre il rischio suicidario: rispetto delle misure preventive ambientali, attenzione alla vigilanza per evitare la *culpa in vigilando* e alla scelta del personale a cui viene affidato il paziente per evitare la *culpa in eligendo*. È anche opportuno che sia valutata la differenza tra la prevenzione generale del suicidio e la prevenzione del singolo caso clinico a rischio di suicidio. È generalmente accettato che la riduzione della quantità e della qualità delle armi e dei mezzi letali come veleni, gas tossici inodori letali ecc., possono costituire una valida azione di riduzione a livello statistico della quantità di suicidi su una grande popolazione. Non sempre queste

misure legate al "rischio possibile" (teorico e statistico) di suicidio su grandi masse di persone hanno un valore forense reale sul "rischio probabile" (concreto nel singolo caso clinico).

La responsabilità dello psichiatra è da giudicare al momento dei fatti

Il giudizio di una buona pratica clinica, quando uno psichiatra assume decisioni su di un paziente a rischio suicidario, deve essere strettamente legata al momento dei fatti [20]. L'operato cioè dello psichiatra è da valutare in base alle numerose variabili cliniche presenti al momento delle decisioni e cioè ad esempio alle informazioni sul paziente cui concretamente si disponeva, alle complessità dell'esame clinico, al giudizio sulla diversa fattibilità di ipotesi diverse di trattamento, alle priorità d'urgenza ritenute indispensabili e applicabili al momento, alla ritenuta o più probabile beneficialità del paziente in quella specifica circostanza. Anche se questi giudizi forensi in tema di responsabilità dello psichiatra avvengono "a posteriori", devono essere valutati esclusivamente "al momento clinico in cui i fatti sono accaduti". Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. la non validità del giudizio col "senno del poi";
b. la necessità di valutare il "nesso causale".

Dopo che un paziente si è ucciso è facile per tutti, soprattutto per i profani delle materie mediche e psichiatriche di trovare non solo le "cause" del suicidio ma soprattutto gli "errori" commessi dallo psichiatra. "Quasi tutto può essere un errore" in ragione soprattutto del pregiudizio errato che, "se si fosse fatto tutto quello che si doveva fare il paziente non si sarebbe ucciso". In questo stato d'animo di pregiudizio (non valido a livello clinico e forense) una variazione della dose dei farmaci, un appuntamento dilazionato, un'ennesima piccola cautela preventiva non assunta, ecc., possono diventare la "causa del suicidio", "l'errore professionale" e "il motivo" per giustificare una responsabilità professionale dello psichiatra. Per questo il ragionamento col "senno del poi" non è accettato in ambito forense. Da sottolineare inoltre che talvolta nella "forsennata corsa a trovare un colpevole" (soprattutto a livello di specifiche configurazioni patologiche dei familiari della persona deceduta), è spesso ignorato, non solo da loro, ma anche da parte di altri protagonisti dell'evento processuale un altro concetto che non è solamente clinico ma soprattutto forense, e cioè il "nesso di causalità" (vi è un legame tra quanto fatto o non fatto dallo psichiatra e il suicidio del paziente?). In altri termini lo psichiatra può aver messo in atto un gesto di non buona pratica clinica ma questa sua mancanza può essere del tutto irrilevante ai fini dell'aumento del rischio suicidario del paziente in tema di colpa professionale. Il nesso di causalità che può essere esaminato attraverso varie modalità, può essere anche, in tempi brevi, oggetto di un approfondimento attraverso il ragionamento contro-fattuale "se lo psichiatra avesse correttamente fatto quello che non ha fatto il suicidio del paziente si sarebbe ugualmente verificato?".

Necessità di contestualizzare l'attività diagnostica e terapeutica dello psichiatra nella sua specifica realtà clinica

È indubbio che uno psichiatra debba basare la propria buona pratica clinica su solide basi scientifiche e cliniche. In questo senso diagnosi e terapia suggerite da manuali e trattati di psichiatri di rinomata fama, nazionali e internazionali; attenzioni ai suggerimenti di linee guida supportate da società riconosciute e stimate a livello nazionale e internazionale; inveterate acquisizioni di capacità cliniche di eccellenti scuole di trattamento psichiatrico; incontestabili, riconosciute e documentate abilità di un'esperienza clinica personale su trattamenti specifici; ecc., costituiscono dati fattuali giustificativi, in linea generale, di una buona pratica clinica. Tuttavia pur nel pieno rispetto di quanto precede la buona pratica clinica, deve poi essere contestualizzata in quello specifico psichiatra, con quella sua specifica formazione ed esperienza clinica, con quel particolare paziente, in quell'irrepetibile insieme di circostanze psicosociali. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. necessità di contestualizzare il caso clinico in discussione;
b. utilità del rispetto di una condivisa buona pratica clinica.

La necessità di contestualizzare il singolo caso clinico porta in modo chiaro l'accettazione critica ad esempio delle linee guida. Queste ultime infatti: 1) sono spesso legate a specifiche scuole di pensiero psichiatrico non sempre condivise; 2) possono riferirsi a pratiche ideali con pazienti ideali in contesti ideali e non tengono conto del singolo caso; 3) possono essere influenzate da motivazioni di ordine economico o gestionale in cui non è privilegiata la beneficialità del paziente; 4) sono diverse tra loro; 5) spesso queste linee guida mutano rapidamente nel tempo, ecc. Gli stessi ragionamenti possono essere formulati nei confronti di trattati, lavori scientifici, consuetudini inveterate di pratiche cliniche che possono non elettivamente favorire la beneficialità del paziente. Quanto precede tuttavia non esime lo psichiatra da dover basare la propria pratica clinica (ed essere in grado di documentarla) su osservazioni cliniche accettate e condivise.

Necessità di precisare singole responsabilità professionali degli psichiatri che hanno curato il paziente suicida

Allo stato attuale molti pazienti a rischio suicidario sono oggetto di cura da parte di un gruppo di persone, operatori del campo della salute mentale, a vario titolo quali psichiatri, psicologi, sociologi, assistenti sociali, criminologi [21 22]. Lo scopo funzionale clinico di questa équipe di trattamento è di migliorare la beneficialità del paziente sotto il profilo terapeutico. Sotto il profilo etico tutti i componenti del gruppo, secondo la loro professionalità, sono responsabilizzati nell'assistere il paziente e in particolare a prevenire l'evento suicidario. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. l'utilità di precisare i singoli ruoli dei vari componenti dell'équipe nei confronti del paziente;
b. la valorizzazione del principio dell'autonomia vincolata.

È utile che sia sempre precisato il ruolo di ognuno, nell'ambito dell'équipe, nell'assistenza al paziente con rischio suicidario e che questo provvedimento sia: 1) reso pubblico; 2) ufficializzato per iscritto; 3) sia noto a tutti gli interessati; 4) rispetti le qualifiche ufficiali professionali che ogni curante presenta. In questo senso viene cosi differenziata, anche ai fini legali, la responsabilità di ognuno nei confronti del paziente con rischio suicidario. La mancanza di queste precisazioni nella forma che è stata descritta può portare "imputazioni diffuse e allargate" a tutta l'équipe ("la giustizia spara nel mucchio") e può portare in sede di aula giudiziaria a "lunghi e dispendiosi rimpalli di responsabilità" tra i membri dell'équipe nell'ambito di violenti contraddittori. Inoltre la definizione e specificazione dei compiti di ogni componente dell'équipe permette a ognuno di esplicare la sua "autonomia", cioè la sua capacità di compiere qualificate azioni terapeutiche. Quest'autonomia è tuttavia "vincolata", e cioè legata a direttive generali che provengono da persone che hanno il diritto di formularle. Da segnalare che il "vincolo" legato alla "autonomia" non può giustificare il singolo operatore da una sua "specifica responsabilità". Ad esempio l'infermiere non deve obbedire a un primario psichiatra se quest'ultimo fornisce una direttiva contraria alle più semplici ed elementari norme di buona pratica clinica infermieristica, o nel caso di un paziente con rischio suicidario ordinare un comportamento contrario alle più elementari precauzioni di prudenza.

L'interpretazione degli apparenti contrasti nella valutazione del rischio suicidario

È frequente osservazione che nella cartella clinica di un paziente che ha tentato od attuato il suicidio siano presenti certificazioni o valutazioni assai diverse del rischio suicidario. Queste ultime possono variare dall'assenza di rischio sino alla presenza del rischio suicidario più grave e conclamato tale da richiedere un ricovero immediato. Le motivazioni alla base di questi contrasti di giudizi clinici possono essere molteplici. In primo luogo il contrasto può essere solo apparente: è infatti variato in breve tempo il disturbo psichico o le circostanze psicosociali. In altri casi i giudizi differenti possono essere compresi alla luce delle differenti interpretazioni tecniche e ideologiche dello psichiatra in rapporto ad esempio al rischio suicidario, alla libertà personale da offrire al paziente, alla fattibilità o validità di misure specifiche cautelari, ecc. In altri casi ancora vi può essere l'intenzione di "scaricare" eventuali proprie responsabilità del suicidio del paziente ad altri colleghi. Quest'ultima eventualità può avvenire ad esempio allorquando si dichiara, senza adeguati approfondimenti e impegno personale d'attenzione e di tempo, allo scopo primario di "evitare una denuncia da parte dell'autorità giudiziaria" che il "paziente è fortemente suicidario e necessita di urgente ricovero". Se lo psichiatra che riceverà il paziente cosi etichettato (a prescindere dalla realtà clinica) non lo ricovera e il paziente si uccide, difficilmente quest'ultimo psichiatra potrà evitare di essere trascinato in tribunale per colpa professionale. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. è indice di cattiva pratica clinica e scorrettezza deontologica non esaminare compiutamente il rischio suicidario e certificare una sua gravità e necessità di ricovero a esclusivo fine autotutelativo;
b. utilità di usare una progressività nel tempo e un'ampia documentazione clinica scritta nel modificare un giudizio di alto rischio suicidario formulato da precedenti psichiatri.

La scorrettezza professionale ai fini autotutelativi dovrebbe essere oggetto di attenzione da parte degli organi di controllo e di sanzione nell'ambito della psichiatria e deve essere illustrata e compresa in un'aula di tribunale. Una diversa valutazione del rischio suicidario soprattutto da grave a lieve, deve sempre essere abbondantemente, minuziosamente e progressivamente verificata e documentata nell'ambito della cartella clinica in modo che il paziente risulti trattato con perizia, diligenza e prudenza.

La necessità di stabilire dei limiti all'inizio, alla fine e alla qualità della posizione di garanzia dello psichiatra

Sono osservazioni quotidiane alcuni comportamenti clinici che possono interessare la "posizione di garanzia" (cura e protezione del paziente) senza la piena consapevolezza da parte dello psichiatra degli obblighi e delle conseguenze giuridiche. Tra i possibili esempi di questi

comportamenti possiamo ricordare il fornire consigli specialistici approfonditi ed estesi nel tempo a conoscenti; l'intrattenersi con gentilezza, dedizione e con spiegazioni tecniche professionali a pazienti che telefonano, anche se non conosciuti; trasferire un paziente psichiatrico da un reparto all'altro compilando una lettera di dimissione semplicemente con l'avvertenza che venga consegnata ma senza avvertire il medico accettante, e senza sincerarsi che la lettera sia stata consegnata; ritenere che moderne ideologie psichiatriche saranno tenute in gran conto se non in elogio in un'aula giudiziaria soprattutto se valorizzano la libertà e la fiducia nel comportamento del paziente; una grande fiducia, credibilità e utilità giuridica di aver fatto firmare al paziente con rischio suicidario un patto di non suicidio; ecc. Questi e molti altri comportamenti dello psichiatra sono spesso impostati a gentilezza, disponibilità, fiducia, interesse nelle persone, spesso autenticamente intessuti di ideologia di gran rispetto per la volontà del paziente e per la fiducia prestata ai colleghi e alle istituzioni. In realtà sul piano giuridico molti di questi comportamenti possono essere classificati, se il paziente si uccide, come violazioni della posizione di garanzia dello psichiatra nei confronti del paziente che non è stato curato e protetto adeguatamente dal suo rischio suicidario. Scrivere cioè una ricetta di psicofarmaci a un paziente in cura a un altro psichiatra non è semplicemente fare una gentilezza al paziente in cura e a un altro collega, ma può significare che lo scrivente è entrato in una posizione di garanzia con quello specifico paziente e cioè è obbligato a una sua cura, protezione e messa in atto di provvedimenti cautelari e preventivi del suicidio se il paziente presenta un rischio suicidario. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. lo psichiatra non deve coinvolgersi in posizioni di garanzia senza esserne consapevole e ignorando i suoi doveri giuridici;

b. lo psichiatra deve conoscere che ideologie psichiatriche particolarmente valorizzanti la libertà di scelta e di comportamento del paziente, difficilmente sono accettate in un'aula giudiziaria, se sono mancate le misure cautelative e di protezione sul paziente suicidario.

Ad esempio l'inizio della posizione di garanzia è strettamente legato al momento in cui inizia un rapporto di scambio terapeutico tra paziente e psichiatra che può anche verificarsi, secondo alcuni interpretazioni, attraverso contatti telefonici prolungati nel tempo con formulazione di specifici consigli terapeutici. La fine della posizione di garanzia non si concretizza con la compilazione di una lettera di dimissione o con una semplice comunicazione al sostituto che lo psichiatra si allontana per le ferie, ma deve concretizzarsi con il fatto che lo psichiatra deve sincerarsi che la lettera sia arrivata a destinazione, avvertire chi accoglie il paziente con rischio suicidario del problema del suicidio. Inoltre quando uno psichiatra si allontana per le ferie deve avvertire il sostituto in modo chiaro del rischio che uno specifico paziente presenta a livello di suicidio. La legge infatti tutela il paziente perché la lettera di dimissione potrebbe non arrivare a chi di dovere e perché il sostituto potrebbe non essere al corrente che il paziente presenta un rischio suicidario. In oltre è ancora da sottolineare come in un'aula giudiziaria siano tenute in conto non prioritario ai fini della difesa le più svariate ideologie psichiatriche che non implicano una sorta di protezione e di vigilanza, ai fini preventivi, del paziente suicidario.

Il giudizio sulla responsabilità professionale dello psichiatra in tema di suicidio non è esclusivamente da formulare su specifici risultati decontestualizzati quale il suicidio del paziente o la non guarigione del disturbo mentale

È una realtà clinica che lo psichiatra non ha possibilità tecnico-professionali nonostante le sue migliori intenzioni terapeutiche, di evitare, in tutti i casi, che il paziente si uccida e non può guarire in modo completo e definitivo tutti i disturbi psichici. È una realtà che è utile sia presente nel pensiero, nelle emozioni e nei comportamenti dello psichiatra per poter valorizzare una sua possibile posizione terapeutica di tipo "riparativo-depressivo" nei confronti del paziente a rischio suicidario (cercare di fare il possibile per evitare il suicidio pur essendo coscienti che non si può fare l'impossibile). Questa posizione riparativo-depressiva nel suo aspetto più beneficiale per il paziente deve essere anche presente nei parenti delle vittime di suicidio e in tutte le persone che, a vario titolo, giudicano l'operato dello psichiatra in tema di responsabilità professionale. Questa realtà è stata recepita in modo chiaro dalla legge: lo psichiatra col paziente suicidario è responsabile a porre in atto una buona pratica clinica e non esclusivamente del risultato di evitare tutti i possibili suicidi del paziente e di guarire tutti i possibili disturbi psichici. In altre parole lo psichiatra deve curare il disturbo psichico e gestire il rischio suicidario con una buona pratica clinica attraverso l'utilizzo di perizia, prudenza, diligenza, ma non è responsabile se, dopo aver prestato un'opera adeguata per la cura, il paziente si uccide o il disturbo psichico non guarisce. Sulla base di quanto precede è possibile sottolineare, sotto il profilo psichiatrico-forense, quanto segue:

a. l'erronea deriva accusatoria dalla prestazione di una buona pratica clinica alla prestazione dei risultati;

b. l'utilità per lo psichiatra di documentare una buona pratica nella cartella clinica.

A causa dei molti fattori legati a pregiudizi (aspettative irreali di guarigione da parte della disciplina psichiatrica); rivendicazioni (richieste di risarcimenti economici, ecc.),

al ragionamento inadeguato del "senno del poi" (dopo che il paziente si è suicidato, vi è sempre una grande quantità di persone che, anche in buona fede, trova errori nelle diagnosi e nelle terapie), alla dimenticanza di valutare il "nesso causale" (se lo psichiatra avesse fatto quello che non ha fatto il suicidio si sarebbe ugualmente verificato?, ecc.), alla pretestuosa utilizzazione in senso accusatorio dei "contratti di protezione" (come acritico superamento della distinzione tra "obbligo di mezzi" e "obbligo di risultati"), ecc., vi può essere nelle aule giudiziarie un tentativo da parte dei vari protagonisti, anche in buona fede, di una "deriva della responsabilità di una buona pratica clinica alla responsabilità dei risultati" ("il paziente si è suicidato, c'è stato quindi un errore, trovo l'errore cosi lo psichiatra è imputato e condannato per l'errore che ho trovato"). Allo scopo di evitare il più possibile questa "deriva" della responsabilità di una buona pratica clinica alla responsabilità dei risultati è utile che lo psichiatra documenti la sua opera clinica (con perizia, prudenza e diligenza) nella cartella clinica: il mezzo tecnico migliore e più valido in un'aula giudiziaria per evitare imputazioni e condanne soprattutto in tema di suicidio del paziente.

Discussione

Trattare il tema delle osservazioni psichiatrico-forensi in relazione alla responsabilità dello psichiatra sul suicidio del paziente è un'opera, seppur importante per le conseguenze civili e penali, da affrontare con particolare e approfondita attenzione critica a causa delle difficoltà a trovare consenso fra tutti i protagonisti: psichiatri, magistrati, avvocati, periti, consulenti e parenti del deceduto che hanno sporto la denuncia. Tra queste difficoltà possiamo sottolineare quelle che seguono.

Difficoltà ad assumere un atteggiamento neutrale di fronte alla responsabilità dello psichiatra

La scelta e la esplicitazione nelle pagine che precedono delle osservazioni psichiatrico-forensi può essere letta tanto nell'aspetto non neutrale di una tendenza a creare i presupposti per accusare lo psichiatra (ad esempio l'ampliamento dell'inizio, della fine e della qualità della posizione di garanzia, cioè di cure e protezione del paziente con rischio suicidario) quanto a creare i presupposti per una innocenza dello psichiatra (per esempio l'insistenza del suicidio come un evento multi determinato spesso imprevedibile e inevitabile).

Differenti atteggiamenti culturali e problemi legislativi nei confronti del suicidio

Non solo nella storia degli atteggiamenti sociali e legislativi verso il suicidio, ma anche attualmente, non sono del tutto assopiti pregiudizi assai contrastanti: il suicidio come reato, come peccato, come sintomo di malattia mentale, come scelta esistenziale e razionale, come diritto personale inviolabile, come liceità o non liceità dello psichiatra a collaborare all'aiuto del suicidio o al suicidio assistito, i confini non ben chiari dell'istigazione al suicidio, ecc.

Atteggiamento personale dello psichiatra, e di chi lo giudica, nei confronti del suicidio

Le reazioni emotive dello psichiatra verso il suicidio sono molteplici, non sempre a livello di consapevolezza e non sempre orientate alla primaria beneficialità del paziente. Reazioni emotive similari che possono intralciare una corretta lettura della realtà sono presenti tra i protagonisti del giudizio di responsabilità dello psichiatra: avvocati, magistrati, periti, consulenti, parenti che hanno formulato la denuncia, anche loro non indenni da un atteggiamento personale verso il suicidio. Si tratta di emozioni profonde, spesso legate alla presenza di una personale "visione del mondo" e al significato che ogni persona attribuisce alla morte, alla vita e soprattutto al senso che ognuno attribuisce "alla volontà e al valore di vivere" oltre che, in non pochi casi, a problemi conflittuali od a specifiche e più gravi psicopatologie personali nei confronti del suicidio o degli psichiatri.

Incertezza dei dati scientifici

Le attuali conoscenze scientifiche sul suicidio sono ancora frammentarie e spesso discordanti. Non è ad esempio ancora possibile stabilire, nel singolo soggetto, con precisione, obiettività, significatività e utilizzabilità, l'importanza di un suo patrimonio biologico nel determinismo del rischio suicidario. Egualmente, per fare un altro esempio, la somministrazione in soggetti depressi di farmaci antidepressivi come provvedimento terapeutico atto a ridurre, in ogni circostanza, il rischio suicidario non è ancora privo di diatribe e di continue precisazioni scientifiche [23].

La realtà clinica della difficile comprensione del suicidio

Di fronte alla difficoltà reale di comprendere il suicidio, un fenomeno complesso, multi determinato e particolarmente evocatore di forti emozioni e conflitti personali, spesso noi ricorriamo a tentativi di "dare un senso" e cioè a delle "ipotesi di senso", che ci permettono più facilmente di comprendere e di classificare il suicidio (ad esempio suicidio per motivi filosofici, etici, sociali, rituali, religiosi, ascetici, ideologici, per vergogna, per protesta, a scopo manipolatorio, per disturbo psichico, come grido d'aiuto, ecc.). Si tratta "d'ipotesi di senso" ipersemplificative che racchiudono motivazioni ben più complesse e articolate fra loro [24 25].

Le aspettative nei confronti della medicina e della psichiatria

L'atteggiamento di attendersi dalle scienze mediche e psichiatriche la completa guarigione dei disturbi psichici e di azzerare il rischio suicidario allo stato attuale può essere un desiderio ma non una realtà. Nelle rivendicazioni, poi delle famiglie del soggetto che si è suicidato, oltre a queste autentiche comprensibili aspettative, legittime rivendicazioni di merito a diritti calpestati, vi possono essere numerose altre dinamiche legate a rivendicazioni economiche od a franche psicopatologie familiari (ad esempio aggressività e desideri omicidiari della famiglia nei confronti del paziente che si è ucciso, che sono negati e proiettati sullo psichiatra).

Il variare delle sentenze in tema di responsabilità per la prestazione sanitaria

Anche l'applicazione concreta quotidiana dell'assistenza psichiatrica risente del mutare nel tempo del contenuto delle sentenze dei tribunali in tema di responsabilità da prestazione sanitaria. La tendenza delle sentenze, ad esempio in tema di "contrattualizzazione" della prestazione medica, del "contratto di protezione" tra psichiatra e paziente, dell'obbligo legale derivante dal "contratto sociale" del gestore di un servizio sanitario pubblico nei confronti del paziente, ecc., sono in continua evoluzione e oggetto di legittime valutazioni critiche a scopo migliorativo[26]. Questo variare delle sentenze, almeno come recepito a livello divulgativo presso gli psichiatri, può stimolare, a prescindere da una lettura approfondita e critica di ogni singola sentenza, pregiudizi con comportamenti difensivi ("gli psichiatri spaventati corrono dietro alle sentenze" adottando una "psichiatria difensiva") che possono non rispettare in modo adeguato le obiettività cliniche e la beneficialità del paziente con rischio suicidario.

Conclusioni

Pur con i limiti precedentemente descritti le osservazioni psichiatrico-forensi descritte possono rappresentare uno stimolo di approfondimento critico tra psichiatri in tema di condivisione di una buona pratica clinica nella gestione di rischio di suicidio (e non subire passivamente e acriticamente pretese realtà cliniche prospettate da altri protagonisti non psichiatri nelle aule giudiziarie quali periti, consulenti, avvocati, magistrati, ecc.) e costituire una miglior capacità a documentare in senso tutelativo la propria buona pratica nella cartella clinica (senza l'adozione di una "psichiatria difensiva" non rispettosa della beneficialità del paziente).

Inoltre le osservazioni psichiatrico-forensi descritte possono essere stimolo per comunicare a livello dialettico e costruttivo tra il mondo dello psichiatra che cura il paziente con rischio suicidario e il mondo che giudica con pesanti risvolti civili e penali lo psichiatra, nel caso dei pazienti che si sono suicidati.

Bibliografia

1. Bowers L, Banda T, Nijman H. *Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides*. J Nerv Ment Dis 2010;198:315-28.
2. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. *Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care*. Ann Emerg Med 2006;48:452-8, 458.e1-2.
3. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. *Suicide prevention strategies: a systematic review*. JAMA 2005;294:2064-74.
4. Tatarelli R, Pompili M. *La prevenzione del suicidio in adolescenza*. Roma: Alpes 2009.
5. Nivoli GC, Lorettu L, Nivoli AMA, et al. *La responsabilità forense dello psichiatra in tema di suicidio*. www.aggressuicide.org n. 12/2008
6. Antolisei F. *Il rapporto di causalità nel diritto penale*. Torino: UTET 1960.
7. Bilancetti M. *La responsabilità penale e civile del medico*. Padova: CEDAM 2006.
8. Fiori A. *Medicina legale della responsabilità medica*. Milano: Giuffrè 1999.
9. Corruble E. *Personality and vulnerability to severe depression*. Encephale 2009;35:282-5.
10. Dwivedi Y. *Brain-derived neurotrophic factor and suicide pathogenesis*. Ann Med 2010;42:87-96.
11. Novick DM, Swartz HA, Frank E. *Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence*. Bipolar Disord 2010;12:1-9.
12. Jacobs D, Brewer M, Klein-Benheim M. *Suicide assessment: an overview and recommended protocol*. In: Jacobs D, editor. *Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass 1999, pp. 3-39.
13. Nivoli AMA, Nivoli FLG, Nivoli GC, et al. *Reattività inadeguata del terapeuta nei confronti del paziente a rischio suicidario*. Riv Psichiatr 2011;46:57-65.
14. Freedenthal S. *Assessing the wish to die: a 30-year review of the suicide intent scale*. Arch Suicide Res 2008;12:277-98.
15. Upanne M. *A model-based analysis of professional practices in suicide prevention*. Scand J Public Health 2001;29:292-9.
16. Staal MA. *The assessment and prevention of suicide for the 21st century: the Air Force's community awareness training model*. Mil Med 2001;166:195-8.
17. Silverman MM, Maris RW. *The prevention of suicidal behaviors: an overview*. Suicide Life Threat Behav 1995;25:10-21.
18. Rihmer Z, Kántor Z, Rihmer A, et al. *Suicide prevention strategies – A brief review*. Neuropsychopharmacol Hung 2004; 6:195-9.

[19] Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*. Ann Genn Psychiatry 2007;6:10.

[20] Nica EI, Links PS. *Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings*. Curr Psychiatry Rep 2009;11:74-81.

[21] Hughes DH. *Suicide and violence assessment in psychiatry*. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18:416-21.

[22] Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, et al. *Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data?* Gen Hosp Psychiatry 2008;30:324-30.

[23] Bryan CJ, Rudd MD. *Advances in the assessment of suicide risk*. J Clin Psychol 2006;62:185-200.

[24] Pavan L. *Suicidio, le parole non dette*, Verona: Positive Press 2000.

[25] Pavan L. *Esiste il suicidio razionale?* Roma: Edizioni Magi 2009.

[26] Secchi E. *La responsabilità medica. Percorsi giurisprudenziali*. Milano: Giuffrè 2010.