

LA RESPONSABILITÀ FORENSE DELLO PSICHIATRA IN TEMA DI SUICIDIO

Nivoli G.C., Loretto L., Nivoli A., Nivoli L.F.

Riassunto

La responsabilità forense dello psichiatra in tema di suicidio è una problematica di sempre maggior attualità. Lo psichiatra deve muoversi in uno spazio terapeutico che prevede la tutela della salute del paziente attraverso la riduzione del rischio suicidario nel rispetto della libertà individuale e dei diritti dell'individuo.

Nel presente lavoro vengono illustrate alcune problematiche forensi in tema di responsabilità ed alcune tra le motivazioni più frequenti che determinano la denuncia agli psichiatri. L'approccio descrittivo-clinico ha come obiettivo uno stimolo all'approfondimento della problematica senza sconfinare in una psichiatria difensiva, nel rispetto di una buona pratica clinica.

Parole chiave:

Suicidio, Responsabilità professionale, Sentenze, Giurisprudenza, Buona pratica clinica.

Summary

The psychiatrist's forensic responsibility about suicide is a topical theme today.

The psychiatrist must get a move on a therapeutic space that provides the patient healthcare reducing suicide risk rate, complying with individual freedom and rights.

In this work we explain some forensic topics about responsibility and some of the most common reasons of report on the psychiatrist charge. The goal of a descriptive-clinical approach is to widen the knowledge of the topic, avoiding a self-defensing attitude and complying with a good clinical practice.

Key words:

Suicide, Professional Responsibility, Judgments, Law, Good Clinical Practice.

Per corrispondenza:

Liliana Loretto, Clinica Psichiatrica Villaggio S. Camil-

lo SS 200, Sassari 07100. Tel. 079-254406, e-mail: lloretto@uniss.it

La responsabilità penale e civile dello psichiatra in tema di suicidio del paziente, può essere esaminata attraverso diversi approcci.

Nell'ambito della giurisprudenza possono essere prese in considerazione le differenti definizioni di condotta colposa (Antolisei, 1960; Mantovani, 1980; Fiori, 1999; Shuman, 2006). In ambito medico legale è utile approfondire i concetti di nesso causale, le definizioni di diligenza, prudenza, perizia, e la complessa problematica alla base dell'operare in psichiatria che deve considerare il diritto della persona alla autodeterminazione ed il dovere del medico di curare, ecc. (Fiori, 1999; Bilancetti, 2006). Un approccio clinico implica la valutazione delle variabili che più frequentemente si associano all'agito suicidario, in quanto evento plurideterminato (Durkheim, 1987; Lester, 1990; De Leo et al., 1999; Simon et al., 2006). Sotto il profilo forense potrebbe essere esaminato l'aspetto qualitativo e quantitativo delle denunce agli psichiatri, ed i rispettivi percorsi giudiziari, dalla denuncia, rinvio a giudizio, sino alla condanna o assoluzione nei vari gradi di giudizio (Fiori 1999; Bilancetti, 2006; Scott et al., 2006).

Nel presente articolo saranno messe in luce alcune osservazioni forensi utili allo psichiatra per affrontare la problematica del suicidio e le motivazioni più frequenti alla base delle denunce degli psichiatri nei casi di suicidio dei pazienti. L'obiettivo prioritario è quello di migliorare la pratica clinica, anche attraverso la comprensione degli errori, senza sconfinare nella psichiatria difensiva.

A. Osservazioni forensi

Nella giurisprudenza tradizionale la valutazione della responsabilità professionale nei casi di suicidio del paziente, deve considerare alcuni elementi fondamentali quali la “*prevedibilità*”, la “*evitabilità*” dell’evento, e il “*nesso causale*” tra agito dello psichiatra e comportamento suicidario del paziente. In particolare, la responsabilità per colpa prevede una colpa generica (per negligenza, imprudenza, imperizia) ed una colpa specifica (inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline).

La definizione di negligenza (“sufficiente attenzione, scarso impegno, superficialità”), imprudenza (“mancanza di adozione delle comuni cautele a tutela della propria ed altrui incolumità”) ed imperizia (“deficienza di cultura professionale o di doverosa capacità di esperienza tecnica specifica”) sono concetti forensi, non sempre facili da definire e soggetti a discrezionali interpretazioni, ora restrittive ora estensive (Fiori, 1999). Pur in considerazione di questi principi generali in tema di responsabilità, saranno considerate alcune premesse di ordine forense, utili a migliorare le conoscenze forensi ed il riconoscimento e la gestione delle reazioni emotive dello psichiatra in merito al problema del suicidio dei pazienti.

1) *Obbligazione di mezzi e non obbligazione di risultati*

Lo psichiatra in tema di suicidio ha responsabilità (589 c.p., 42 c.p., 2236 c.c.), legata ai mezzi che utilizza per curare il paziente che debbono rispettare una buona pratica clinica. Lo psichiatra non può avere responsabilità a livello penale e civile se, dopo aver utilizzato una terapia che rispetta una buona pratica clinica, il paziente attua il suicidio.

Questo principio apparentemente chiaro può porre, in realtà, notevoli problemi interpretativi.

In primo luogo la definizione di una buona pratica clinica. Generalmente quest’ultima è intesa come la capacità media di uno psichiatra derivata dall’esperienza professionale, e non contempla l’applicazione automatica delle complesse e sofisticate linee guida presenti nelle pubblicazioni scientifiche. La buona pratica

clinica deve essere applicata senza incorrere in comportamenti legati a negligenza, imprudenza, imperizia.

Inoltre nelle aule giudiziarie spesso aleggia una aspettativa in merito alla “obbligazione dei risultati” legata ad elementi quali presunti “*errori terapeutici*” (ipotizzati col “senno del poi” o con ragionamenti tautologici del tipo “dato che il paziente si è ucciso qualcuno deve aver commesso qualche sbaglio”); specifiche aspettative irrealizzabili e irrealistiche nei confronti della medicina (“si può e si deve guarire tutti”) e la acritica “psichiatrizzazione” del suicidio (spogliato della eziologia multifattoriale, e considerato esclusivamente “frutto di una malattia mentale facilmente curabile e neutralizzabile”).

2) *Compilazione della cartella clinica*

In un’aula di Tribunale esiste la “verità processuale” che non corrisponde necessariamente alla “verità clinica” e cioè le condizioni cliniche del paziente al momento dei fatti per cui si procede. Tutti gli elementi non documentabili, pur rispecchiando la realtà clinica, non assumono valore processuale. In un clima spesso contraddittorio, ha particolare importanza la documentazione contenuta nella cartella clinica (come se il paziente “fosse esclusivamente quello che risulta dalla cartella clinica”). In particolare, nella documentazione della cartella clinica, lo psichiatra può lasciare gli indizi per la formulazione di una sua imputazione e, talvolta, di una condanna, a prescindere dalla realtà del caso clinico.

In primo luogo, nella cartella clinica vi possono essere “*incongruenze*” (ad esempio sono descritti sintomi di grave agitazione psichica e motoria e non risultano prescritti gli adeguati provvedimenti terapeutici); “*mancanza di precauzioni*” (ad esempio, si descrive il paziente con manifeste idee suicidarie e non vengono indicate in cartella le precauzioni adottate in merito alla sorveglianza); “*assenze o carenze di informazioni cliniche*”, per cui non è possibile seguire il decorso del paziente e la terapia praticata. Le cartelle cosiddette “inesistenti”, “vuote”, “bianche”, in cui vi è “poco o nulla di scritto” possono essere interpretate, in un’aula di

tribunale, come se “poco o nulla si fosse fatto” per l’assistenza al paziente. Nella cartella inoltre possono comparire “*osservazioni poco credibili*” (ad esempio, dopo numerose descrizioni di altri psichiatri di un paziente fortemente ansioso, agitato e suicidario, uno psichiatra annota in cartella: “Dopo il colloquio col sottoscritto il paziente è calmo e tranquillo, si sospendono i farmaci e la sorveglianza”). Nella cartella possono essere riportare “*affermazioni ambigue*” che, spesso, possono rappresentare, in un clima di contraddittorietà, il nucleo della vicenda giudiziaria (ad esempio: “il paziente dichiara di essere stufo della vita”). In qualche caso la cartella clinica può contenere la prova di una “*manipolazione tardiva a fini difensionali*” di documenti processuali (ad esempio l’aggiunta, a posteriori, di osservazioni, prescrizioni terapeutiche, cancellature, in una cartella di cui verosimilmente, il magistrato è già in possesso). In conclusione la cartella clinica è il documento principale che può segnare l’imputazione e/o la condanna dello psichiatra, ma, se diligentemente compilata, può testimoniare la buona pratica clinica con cui è stato gestito il paziente. Allo psichiatra non viene richiesta una compilazione minuziosa, prolissa ed estremamente sofisticata della cartella clinica, ma le informazioni necessarie per comprendere e giustificare i processi diagnostici e l’adeguatezza delle misure terapeutiche messe in atto allo scopo di prevenire, secondo buona pratica clinica, l’evento suicidario.

3) Il significato di una sentenza

Spesso gli psichiatri sono particolarmente turbati o stupiti dalle sentenze che condannano colleghi per responsabilità professionale in tema di suicidio di pazienti. La distorsione interpretativa di tali sentenze può muovere sentimenti che spingono ad adottare “*una psichiatria difensiva*”, ovvero una pratica clinica difensiva, tendente a privilegiare, invece che la cura del paziente, la tutela giuridica dell’operato dello psichiatra. Sotto il profilo generale è utile conoscere, anche ai fini pratici, il significato-valore di una sentenza, soprattutto di condanna di uno psichiatra a causa del suicidio attuato da un paziente.

In primo luogo una sentenza di condanna concernente un caso, non è una legge estensibile a tutti i casi “simili”. La sentenza di condanna è sempre individualizzata e relegata ad un caso specifico, con tutte le particolarità cliniche che il caso comporta, e non può, in modo automatico, acritico, essere applicata ad altri casi differenti l’uno dall’altro. Tuttavia, questa prima osservazione non toglie valore a principi generali in tema di responsabilità dello psichiatra, che debbono essere rispettati in ogni singolo caso.

In secondo luogo la sentenza, da considerare nella globalità delle sue motivazioni, deve essere interpretata anche alla luce della variabilità delle componenti che connotano il singolo caso specifico quali ad esempio, la discrezionalità di cui può legittimamente usufruire il magistrato; i problemi e le interpretazioni di legge adottate dai periti e consulenti di parte; la tipologia della documentazione obiettiva disponibile nel caso concreto; le differenti testimonianze delle parti in causa; la differente abilità degli avvocati; il contesto assistenziale e l’organizzazione delle strutture in cui si è verificato il fatto. Pertanto una sentenza, oltre agli aspetti teorici e pratici del diritto, deve essere adeguatamente contestualizzata nella specifica vicenda e nel particolare ambiente a cui fa riferimento.

Infine è altresì da considerare che i principi giuridici, in tema di responsabilità dello psichiatra in merito al suicidio, possono rivestire valori diversi a seconda della provenienza di chi ha redatto la sentenza (un giudice singolo o Sezioni Unite della Suprema Corte).

E’ utile precisare che particolare importanza ai fini dell’applicazione di principi giuridici che regolano la responsabilità professionale dello psichiatra in tema di suicidio, assumono più sentenze che convalidano gli stessi principi.

Una corretta lettura ed interpretazione delle sentenze di condanna a psichiatri in tema di responsabilità per il suicidio dei pazienti, evita inutili allarmi e dannose adozioni di comportamenti difensivi, e consente una comprensione di quelle che sono le “esigenze giuridiche” che lo psichiatra deve conoscere e rispettare, per mettere in atto una buona pratica clinica.

B. Motivazioni alla denuncia degli psichiatri

Vengono riportate le motivazioni più frequenti, raggruppate in quattro tipologie, alla base delle denunce agli psichiatri in tema di suicidio. Queste motivazioni nel percorso giudiziario possono modificarsi e trovare “nuclei di accusa” focalizzati su specifici problemi (ad esempio l'adeguatezza qualitativa o quantitativa di una terapia farmacologica; la correzione, a posteriori, di una notazione in cartella clinica; la non aderenza ad una o più linee guida nell'ambito della terapia). Tali possibili “linee di evoluzione processuale” possono poi portare, nei casi giudiziari più dubbi e controversi, a complicate e sofisticate discussioni forensi in tema di nesso causale; ragionamento controfattuale; definizioni di perizia, diligenza, prudenza; responsabilità colposa nell'affidamento dei compiti; limiti scientifici della disciplina psichiatrica; ecc., che polarizzano l'attenzione dei mezzi di comunicazione e che possono contribuire a determinare elementi di giudizio nell'ambito di una sentenza.

A prescindere dall'evoluzione dell'accusa, la conoscenza delle motivazioni alla denuncia è utile come stimolo all'applicazione di una buona pratica clinica ed alla tutela giuridica attraverso la prevenzione delle denunce.

In tema di responsabilità, in caso di suicidio del paziente, lo psichiatra potrebbe essere imputato per omicidio colposo (art. 589 c.p.); omicidio (art. 575 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 di atti d'ufficio. Omissione (art. 328 c.p.).

1) Misure cautelari nelle strutture e nell'organizzazione dell'assistenza

Lo psichiatra (come del resto tutti i medici) nei confronti di un paziente, in particolare se a rischio di suicidio, si trova in una “posizione di garanzia” (prevista dall'attuale articolo 40 c.p., Fiori, 1999). La condizione dello psichiatra prevede sia una “posizione di protezione” (preservare la salute fisica, psichica e la vita stessa del paziente), sia una “posizione di controllo” (neutralizzare tutte le fonti di pericolo

prevedibili ed evitabili, secondo esperienza clinica, esistenti nelle strutture e nell'organizzazione dell'assistenza).

La posizione di garanzia, potrebbe subire delle “dilatazioni” (con un ingiustificato aumento della responsabilità professionale). Nei casi di suicidio, tra le motivazioni che possono portare ad una denuncia, sono da annoverare: l'assenza di adesioni a misure di cautela, in particolare quella legata alla struttura del luogo di degenza dei pazienti (ad esempio, finestre a piani alti che lasciano passare il corpo e rendono così possibile una defenestrazione; prese di corrente che permettono facili e mortali contatti con l'elettricità; sporgenze idonee a sospendere il proprio corpo per un impiccamento; facile accessibilità del paziente a farmaci che può utilizzare a scopo suicidario). In questi casi la struttura assistenziale dei pazienti deve essere in regola con leggi e regolamenti e non deve presentare facili sfruttabilità a scopo suicidario. Lo psichiatra, nel caso di una struttura assistenziale inadeguata, in ragione della sua posizione di controllo, deve adottare tutte le cautele possibili per evitare una denuncia. Ad esempio, nel caso di carenza strutturale manifesta, deve fare segnalazioni scritte alla direzione sanitaria con richiesta di regolarizzazione della situazione.

2) La sorveglianza

La responsabilità dello psichiatra nella sorveglianza di un paziente che si suicida (“*culpa in vigilando*”), non trova un preciso elenco di regole da osservare, la cui violazione costituisce una base oggettiva di una condotta colposa. La perizia, diligenza e prudenza dello psichiatra suggeriscono, in ogni caso clinico, una corretta ed adeguata sorveglianza del paziente suicidario secondo una buona pratica clinica. Sono tuttavia importanti a questo fine alcune osservazioni.

a) Incoerenza tra sintomatologia clinica e grado di sorveglianza.

Non tutti i pazienti possono e debbono essere sottoposti ad una sorveglianza continua, con controllo visivo 24 ore su 24. E' tuttavia importante che non vi siano sperequazioni tra la descrizione dello stato clinico ed il tipo di sorveglianza applicata che

deve essere sempre chiarificata per iscritto (ad esempio nel diario clinico compare “paziente in grave stato di agitazione psichica e motoria con tendenze suicidarie” e non compare alcuna misura di sorveglianza).

- b)** Assenza di documentazione scritta della sorveglianza prescritta e/o effettuata.

Spesso, a prescindere dalla realtà di una sorveglianza eseguita, nella cartella clinica non compare alcuna informazione in merito. A volte, questa carenza di documentazione costituisce un nucleo importante nel determinare l’inizio e la prosecuzione del procedimento giudiziario contro lo psichiatra.

- c)** Assenza di documentazione scritta sulla distribuzione dei ruoli e compiti nel gruppo di lavoro.

Questa carenza, nel caso di suicidio del paziente, provoca spesso da parte del magistrato un coinvolgimento di tutti i professionisti che prestano la loro opera nel reparto (“sparare nel mucchio”), che comporta, in sede processuale, un “rimbalzo di responsabilità” da un professionista ad un altro. E’ quindi utile stabilire un’organizzazione di competenze e di ruoli con relative responsabilità tra i vari professionisti che partecipano alla cura del paziente.

- d)** Carenti prescrizioni alla dimissione e/o trasferimento del paziente.

La responsabilità psichiatrica sul paziente non termina al momento della dimissione e/o trasferimento del paziente, ma implica che lo specialista, soprattutto nel caso di pazienti con tendenze suicidarie, accerti personalmente che le informazioni concernenti il paziente siano comunicate ai medici che successivamente lo prenderanno in carico: chi accoglie il paziente deve essere informato dei problemi clinici e del rischio suicidario da parte dei sanitari invianti che ne sono a conoscenza. E’ utile che queste comunicazioni tra colleghi siano documentate in cartella clinica, anche con la data e l’ora del colloquio, il suo contenuto e l’identificazione della persona con cui si è avuta comunicazione (ad esempio, uno psichiatra è stato imputato per omicidio colposo, in quanto il paziente, trasferito

in un reparto medico, si è suicidato dopo pochi minuti dal suo arrivo. Lo psichiatra non aveva avvertito i responsabili del reparto accogliente, del rischio suicidario del paziente. In particolare, la lettera di dimissioni, con tutte le informazioni utili che lo psichiatra aveva compilato e che accompagnava il paziente, era stata consegnata dopo l’avvenuto suicidio).

3) L’affidamento dei compiti.

Lo psichiatra ha una responsabilità colposa quando “sceglie” in modo inadeguato i suoi collaboratori, nella gestione terapeutica del paziente suicidario (“*culpa in eligendo*”). Questa constatazione non può non tenere in debito conto che, spesso, ad esempio, uno psichiatra con posizioni apicali, trova già nel suo reparto il personale sulla cui scelta non ha potuto intervenire. Altre volte lo psichiatra si trova a dover dirigere strutture le cui carenze strutturali ed organizzative non dipendono dalla sua volontà. Nonostante questi limiti, è utile, per lo psichiatra, considerare alcuni parametri che debbono regolare il suo comportamento per non incorrere in una condotta colposa nel caso di suicidio del paziente.

- a)** Affidamento di compiti secondo la competenza.

Lo psichiatra, che affida il paziente a persone che non sono in grado di gestire (per titoli, preparazione professionale ecc.) i compiti affidati, incorre in una condotta colposa (ad esempio affidare in permesso un paziente con rischio suicidario ad un assistente sociale o a un volontario può comportare una responsabilità colposa per lo psichiatra).

- b)** Rispetto del principio di “autonomia vincolata”.

Dovere dello psichiatra con posizioni apicali è fornire, ai collaboratori, direttive, nel rispetto della autonomia professionale, specifica per competenze, delle differenti figure professionali. Questa autonomia rimane vincolata e cioè legata alle direttive che lo psichiatra in posizione apicale ha elaborato e distribuito alle persone che da lui gerarchicamente dipendono. Se la colpa generica o specifica ricade sui compiti del dipen-

dente, in genere (a prescindere dalla funzione di vigilanza) lo psichiatra in posizione apicale, non è responsabile giuridicamente (ad esempio se lo psichiatra pone per iscritto che l'infermiere deve controllare il paziente regolarmente e l'infermiere non esegue questa prescrizione, in caso di suicidio del paziente l'infermiere deve rispondere della sua condotta colposa). Per contro se le direttive dello psichiatra in posizione apicale sono errate e grossolanamente in contrasto con elementari regole di diligenza, prudenza e perizia, il dipendente, compreso lo psichiatra in posizione dipendente, ha il diritto-dovere di non mettere in atto una cattiva pratica clinica (ad esempio, lo psichiatra in posizione apicale che non conosce il paziente, ne dispone la dimissione pur in presenza di importanti tendenze suicidarie, se lo psichiatra in posizione subalterna ritiene ciò un grave errore, ha il dovere di intervenire e risponde di condotta colposa, se obbedisce agli ordini).

4) *La gestione preventiva dei possibili accusatori*
 Alcune denunce appaiono giustificate, altre risultano un utile stimolo per evitare errori professionali e migliorare la pratica clinica attraverso la responsabilizzazione. E' utile sottolineare che per alcuni familiari la denuncia può costituire una allettante aspettativa di risarcimento economico. Pur senza trascurare quanto precede, non possono tuttavia essere ignorate le numerose lagnanze che spesso i parenti del paziente suicida rivolgono allo psichiatra attraverso la denuncia.

Tra gli elementi che hanno determinato la denuncia dello psichiatra, possiamo sottolinearne alcuni tra i più importanti.

a) **Insensibilità alle richieste dei familiari.**
 L'importanza della capacità di ascoltare e gestire le richieste dei familiari e del paziente è fondamentale nella relazione con il paziente e con i familiari. Numerose denunce sono state motivate, a livello manifesto, dalla insensibilità, e dal percepito disprezzo con cui sono state gestite alcune richieste dei familiari (a prescindere dalla loro legittimità e utilità terapeutica).

“Per tutto il ricovero non mi hanno mai fatto parlare con mio padre e poi lui per forza ha dovuto ammazzarsi...”

“Non hanno mai voluto che stessi vicino a mio fratello in crisi, ma mi cacciavano dal reparto, dicevano che davo fastidio alle persone che facevano pulizia e ai pazienti... E poi mio fratello si è ucciso perché lo lasciavano solo e così si è facilmente impiccato”

“Non hanno mai voluto parlare con noi né i medici né gli psichiatri... Avevano sempre fretta, pensavano solo a dare farmaci, farmaci e farmaci ma non parlavano con nessuno, né con noi né con mia madre, che poverina non capiva nulla, per questo si è gettata dalla finestra...”

b) **Informazioni carenti od assenti sul rischio suicidario.**

L'esperienza forense insegna che i familiari, non avvisati dallo psichiatra del rischio suicidario del paziente, hanno delle rivendicazioni spesso più accentuate rispetto ai familiari che sono stati adeguatamente informati, preparati e implicati nella gestione del paziente suicidario.

“Mio marito si è ucciso ma nessuno mi aveva avvertito di questo pericolo... sono stati degli incoscienti, e poi noi avevamo il diritto di essere avvertiti del pericolo... avremmo potuto fare qualcosa di utile per mio marito e mio marito non si sarebbe ucciso... stando zitti, gli psichiatri hanno rovinato tutta la mia famiglia...”

La qualità e la quantità di partecipazione dei familiari alla prevenzione suicidaria è argomento di non univoca visione in ambito psichiatrico e richiede, in qualsiasi caso, molte attenzioni e sensibilità da parte dello psichiatra.

c) **Inadeguatezza nel gestire le reazioni acute di lutto.**

Il momento della morte per suicidio di un paziente implica, profondo disagio e sofferenza per i familiari e per lo psichiatra curante. Quest'ultimo, infatti, si trova ad affrontare la perdita di una persona alla quale doveva offrire un sollievo dalle sofferenze ed una buona qualità di vita. La frustrazione è legata allo scacco emotivo e professiona-

le e inizialmente percepita come una messa in discussione della propria identità professionale, cui si aggiunge il timore di possibili rivendicazioni dei familiari a livello penale e civile. Alcuni psichiatri, immediatamente dopo il decesso del paziente che avevano in cura, “sfuggono” letteralmente il rapporto con i familiari o si esprimono con osservazioni malaccorte. Tali comportamenti possono essere percepiti e/o distorti, dai familiari, come ingiusti, irrispettosi, umilianti, non professionali se non francamente offensivi e dispregiativi nei confronti del loro dolore. *“Quello psichiatra non ha mai parlato con mio padre prima del suicidio... Dopo il suicidio non mi ha mai voluto ricevere, mi ha mandato un infermiere per spiegarmi come sono avvenuti i fatti... Quello psichiatra è un incapace e merita una punizione, per questo l’ho denunciato...”*

“Quello psichiatra mi ha detto che mio figlio si è ucciso perché era un drogato ed era troppo aggressivo verso il mondo intero e verso se stesso... ma tutto questo non è vero, mio figlio è sempre stato dolcissimo in famiglia, era affettuoso con me, con i fratelli, con la sorella e poi non era un criminale, era solo un pò depresso... Quello psichiatra era lui aggressivo, arrabbiato con tutti i drogati che vede come criminali... E’ lui, lo psichiatra, un criminale che non l’ha saputo curare e ha dato la colpa a mio figlio... Questo psichiatra deve essere portato davanti ad un giudice...”

- d) Incapacità dello psichiatra di delineare un profilo psicologico del potenziale accusatore. Per lo psichiatra non è facile prevedere se il familiare di un paziente suicida deciderà di denunciarlo all’autorità giudiziaria. A prescindere da questa obiettiva difficoltà, l’esperienza forense mette in luce che esistono familiari, più inclini di altri, ad utilizzare la denuncia dello psichiatra come reazione di fronte al suicidio di una persona cui sono affettivamente legati.

Vi sono, infatti, persone rivendicative che sommergono medici ed infermieri di critiche, lagnanze, pretese spesso illegittime ed irrealizzabili. Inoltre, sono da considerare con attenzio-

ne, le persone che dichiarano “troppo” e “smissurato amore” per un loro caro (che, in realtà, ha “rovinato” o “logorato i nervi” per anni e che loro, in genere, “hanno sempre evitato” o “trattato male”). Questi “grandi amori”, nei confronti di persone, inconsapevolmente detestate, spesso legati a meccanismi di difesa quali la formazione reattiva (meccanismo di difesa che consente di tenere lontano un desiderio o un impulso inaccettabile adottando un atteggiamento diametralmente opposto) possono, quando si realizza la morte del familiare, stimolare sentimenti di colpa che vengono proiettati sullo psichiatra (*“non sono io che volevo la morte del mio familiare, ma è lo psichiatra che ha voluto la morte del mio familiare, non sono io da punire ma è lo psichiatra da punire”*). Egualmente vi sono persone che, in realtà, sono estremamente diffidenti, spesso per fatti personali, e timorosi verso la categoria degli psichiatri e colgono qualsiasi occasione per renderli “capri espiatori” di tutti i loro problemi personali o familiari.

Queste ed altre tipologie di persona, di cui abbiamo fornito solo qualche esempio, sono quelle che poi affermano con molta autenticità: *“Lo psichiatra io non l’ho denunciato per avere i soldi ma perché è una questione di principio, è una questione del mio equilibrio mentale, io lo sento che devo denunciare lo psichiatra e che lo psichiatra deve essere punito..., se non lo facessi io starei male, io mi sentirei terribilmente in colpa per la morte di mio padre”*. Da rilevare che questa dichiarazione è stata fatta da una donna di 52 anni che si era occupata del padre alcolista, violento, condannato per maltrattamenti familiari.

Di fronte a questi possibili accusatori, lo psichiatra come in tutte le situazioni cliniche di rischio, non può non prestare una specifica attenzione nell’impostare la sua opera, improntata ad una buona pratica clinica, ma anche ad un’accorta tutela forense, in previsione di possibili rivendicazioni a livello giudiziario.

Conclusioni

Per l’approfondimento dei temi trattati si rinvia ai testi di diritto penale, civile, medicina legale, psichiatria forense e alla ricca documentazione scientifica in tema di suicidio.

Le osservazioni che precedono hanno solo avuto lo scopo concreto e funzionale di fornire riflessioni per un miglioramento della buona pratica clinica e per evitare non solo condanne penali e civili, ma anche denunce e rinvii a giudizio. Un procedimento per responsabilità professionale in ragione del grave disagio psichico, della crisi di identità professionale e personale che comporta, spesso, già di per sé, costituisce una "pena" anche quando si risolve con una assoluzione.

La cura, nel redigere la cartella clinica, è la miglior prova scritta e obiettiva di una corretta e buona pratica clinica, ed è il mezzo più efficace per evitare problemi giudiziari legati al suicidio del paziente. Importante inoltre porre diligenza, prudenza e perizia nell'esaminare: 1) la condizione delle strutture e l'organizzazione dell'assistenza, 2) la vigilanza del paziente, 3) l'affidamento dei compiti nell'équipe, 4) la gestione del lutto dei familiari.

Si rileva tuttavia anche la necessità per gli psichiatri di porsi delle regole generali di buona pratica clinica per la gestione del rischio suicidario. Attendere norme ed indirizzi operativi dettati dalla giurisprudenza, in merito ad una buona pratica clinica nella gestione del paziente suicidario, potrebbe avere il significato di rinunciare a migliorare la propria formazione professionale e delegare, in modo acritico e

irresponsabile, alla discrezionalità altrui, se pur legittima, la propria tutela giuridica e la modalità clinica di operare.

Bibliografia

Antolisei F. *Il rapporto di causalità nel diritto penale*. UTET (Ed), Torino, 1960.

Bilancetti M. *La responsabilità penale e civile del medico*. CEDAM (Ed), Padova, 2006.

De Leo D., Pavan L. Comportamenti suicidari. In *"Trattato italiano di psichiatria"*.

Cassano G.B., Pancheri P. et al., Masson (Ed), Milano, 1999.

Durkheim E. *Le suicide*. Felix Alcan (Ed), Paris. 1897.

Fiori A. *Medicina Legale della responsabilità medica*. Giuffrè (Ed) Milano, 1999.

Lester D. *Current concepts of suicide*. Charless Press, Philadelphia, 1990.

Mantovani F. La responsabilità del medico. *Rin Italiana, Med Leg.*2:16, 1980.

Scott C.L., Resnick P.J. Patient suicide and litigation. In *"Suicide assesment and management"*. Simon R., Hales R.E. (Eds). American Psychiatric Publishing, 2006.

Shuman DJ. Legal perspective on Suicide Assesment and management. In *"Suicide assesment and management"*. Simon R., Hales R.E. (Eds). American Psychiatric Publishing, 2006.

Simon R., Hales R.E. *Suicide assesment and management*. American Psychiatric Publishing, 2006.