

Il suicidio è imprevedibile? Ecco perché non siamo d'accordo

Gentile Direttore,

Massimo Biondi, in un [articolo pubblicato su QS](#), replicando concetti che aveva già espressi in maniera più estesa e dettagliata nel 2016, insieme ad altri Autori, su una rivista scientifica, sostiene in buona sostanza che il suicidio è imprevedibile e che quindi non ha senso, se una persona si suicida, prendere in esame, da un punto di vista dei fattori giuridicamente rilevanti, l'eventuale responsabilità dello psichiatra/psicoterapeuta/operatore di salute mentale.

Gli argomenti usati da Massimo Biondi per sostenere le sue tesi sono diversi ma in essi ravvisiamo una qualche distanza dalla logica, almeno da quella che usiamo noi. Partendo ad esempio da uno studio nordamericano sui tentati suicidi in una popolazione di militari, poiché in un terzo dei militari che avevano tentato il suicidio non erano stati riscontrati in precedenza disturbi psichiatrici, Massimo Biondi - confutando la ipotesi dell'Autore (R. J. Ursano) dell'articolo, secondo il quale i disturbi mentali di quel terzo della coorte potevano non essere stati rilevati - arriva a sostenere, con una generalizzazione che ci sembra una capriola logica, che siccome in un terzo di coloro che avevano tentato il suicidio non è stato rinvenuto in precedenza un disturbo psichico, né tantomeno lo si è preso in cura, occorre dare per scontato che in quel terzo dei militari (proporzione che peraltro si ripete nella popolazione generale) non esistesse di fatto alcun disturbo psichico a condizionare l'emergere del gesto autolesivo.

A Ursano che si chiede se non vi siano, in quel terzo delle persone, degli undetected disturbi psichici, Biondi replica che lo studio di Ursano "dimostra in modo lampante" che una parte dei suicidi "non dipende realmente da disturbi psichiatrici". La logica di questo ragionamento ci sfugge. Troveremmo logico il ragionamento di Massimo Biondi se fosse stato sviluppato su dati ex post: dopo il tentato suicidio non sono stati rinvenuti, in un terzo della coorte dei militari esaminati, elementi psicopatologici rilevanti, ricercati attraverso indagini esaustive.

Ma come si può pensare di escludere la presenza di disturbi psicopatologici solo perché, prima del tentato suicidio, non c'era una documentata storia medica per quei disturbi? Specie considerando che studi internazionali molto seri, come quelli della European Psychiatric Association (EPA), ci dicono (e si tratta di un dato "solido") che "un sottostante disturbo psichiatrico è presente fino al 90% nelle persone che hanno completato un suicidio". Questo, ovviamente, non significa davvero che in tutti coloro che si suicidano sia presente un disturbo psichiatrico e, in questo, non si può che concordare con Massimo Biondi: pensiamo soltanto, come Biondi ci invita a pensare, a coloro che, essendo in condizioni fisiche "disperate", richiedono il suicidio assistito.

Confortati dai dati ufficiali della letteratura internazionale, diamo in ogni caso per assodato che in molti casi di suicidio, anche se non in tutti, sia rinvenibile una condizione psicopatologica sottostante. Diamo egualmente per assodato che non tutti i disturbi psicopatologici sottostanti il suicidio siano stati riconosciuti come tali, non portando quindi ad alcuna pregressa diagnosi psichiatrica e ad alcun trattamento di salute mentale. In quest'ultimo caso non si capisce cosa c'entri la posizione di garanzia dello psichiatra e la sua responsabilità giudiziaria per il suicidio. La posizione di garanzia e la responsabilità (penale/civile) dell'operatore di salute mentale entrano in gioco quando un paziente è in trattamento e si trova perciò, a causa di tale patologia, in una condizione di alto rischio di mettere in atto gesti autolesivi/suicidari.

Talune condizioni patologiche implicano siffatto rischio: da un punto di vista clinico/epidemiologico questo è provato BARD ("Beyond Any Reasonable Doubt", al di là di ogni ragionevole dubbio, non al di là di ogni ragionevole certezza). Pensiamo soltanto ai gravi stati depressivi (magari con deliri di colpa o

di rovina), a quelli bipolari, alle psicosi deliranti croniche, a taluni deep and dangerous disturbi di personalità. Non sono solo gli operatori di salute mentale a sapere, BARD, che in queste condizioni il rischio suicidario è talora molto elevato. Lo sa anche l'uomo comune e, a maggior ragione, lo sa il giudice.

Ma torniamo alle considerazioni di Massimo Biondi. Dopo averci detto che il suicidio va spesso visto come una faccenda che riguarda assai poco lo psichiatra, Biondi sostiene che, anche qualora il suicida fosse stato in cura psichiatrica, il suo gesto estremo non sarebbe in alcun modo prevedibile e, quindi, prevenibile. Anche qui la logica (quella sana logica cui si attengono spesso, e fortunatamente, i giudici) a noi pare che sia un poco difettosa. Da un lato, infatti, Massimo Biondi afferma che "prevedibilità ed evitabilità [del suicidio] risultano [...] un obiettivo cui tendere con determinazione, competenza, impegno, professionalità", ma dall'altro lato sostiene che "allo stato attuale si tratta di un obiettivo arduo, lontano, non possibile". Non capiamo come le due posizioni siano conciliabili.

L'obiettivo della prevenzione del suicidio, in un paziente che l'operatore di salute mentale ha in trattamento, è davvero e in modo ineludibile non solo un "obiettivo cui tendere con determinazione, competenza, impegno, professionalità", ma soprattutto un obbligo del professionista. Tutti gli operatori di salute mentale sanno perfettamente di trovarsi talora (non di rado) nella condizione di "dover" prevenire i gesti estremi dei loro pazienti, gesti aggressivi che si dirigono, su base psicopatologica, contro la propria o contro l'altrui incolumità. Sanno anche, quando esercitano responsabilmente la loro professione, che il trovarsi nella posizione di garanzia li espone a dei rischi; rischi che assumeranno senza grandi difficoltà quando saranno ragionevolmente certi di avere agito con diligenza, con grande prudenza e con perizia.

La clinica occorre che ci guidi. La clinica ci dice che, quando insorgono profonde patologie psichiche che mettono in serio pericolo l'incolumità e la vita dei pazienti, occorre adottare adeguate misure di terapia e di "protezione". E' verissimo che non sempre possiamo prevedere con certezza l'evoluzione e la prognosi di una malattia. Eppure, così come da una neutropenia ingravescente post chirurgia addominale un buon medico deve supporre con competenza un disordine immunitario nel corso di una infezione, adottando i conseguenti provvedimenti terapeutici con prudenza e diligenza, un operatore di salute mentale è indispensabile che si comporti alla stessa maniera nel diagnosticare una condizione psicopatologica che espone il paziente a un rilevante rischio suicidario, agendo quindi con prudenza e diligenza nell'adottare soluzioni terapeutiche.

E' ben vero che non tutto è prevedibile, anche perché l'evoluzione di un quadro psicopatologico dipende, tra le altre cose, da imponderabili circostanze esterne (immaginiamo ad esempio di dimettere, da un servizio ospedaliero, un paziente in via di guarigione da un episodio depressivo e di affidarlo alla moglie, senza sapere che la donna, di lì a qualche ora, gli comunicherà la sua decisione di separarsi legalmente). Ma l'operatore di salute mentale, quando competente e diligente, saprà sempre fornire -ai familiari, ai collaboratori, ai giudici e ai periti- una spiegazione logica, comprensibile e condivisibile delle diagnosi formulate e delle terapie adottate.

Difficile negare che, come ci ha detto Ian McEwan in Saturday, "il divario fra una buona e una cattiva assistenza è pressoché infinito". Esiste quindi una zona intermedia nella quale si possono sicuramente insinuare molteplici e plausibili dubbi relativi al carattere adeguato o inadeguato della azione terapeutica intrapresa. Di certo però, a un estremo di questa distribuzione "pressoché infinita" dei provvedimenti terapeutici, potremo con facilità individuare condotte colposamente inadeguate, "logicamente" insostenibili sotto il profilo clinico.

Occorrerà, dopo le cd leggi Balduzzi e Gelli, che la malpractice sia grave e provata BARD. Può darsi che il carattere indistinto e opinabile delle patologie psichiatriche (specie per come adesso vengono rappresentate alla doxa persino dagli specialisti: #NESSUNOènormale) renda da un lato più complessa l'individuazione delle malattie che espongono a un ragguardevole rischio e, dall'altro lato, meno agevole l'adozione di avvedute misure di contenimento del rischio/pericolo.

Comunque, la Salute Mentale che non fosse in grado di riconoscere l'infinita distanza che separa un sufficiente benessere da una grave sofferenza della psiche, provvedendo per quest'ultima a cure adeguate, sarebbe una Salute Mentale morente. Anzi, considerando il predominio, fra gli operatori del settore, di opinioni simili a quelle di Massimo Biondi, cominciamo a temere che la Salute Mentale sia già morta.

Mario Iannucci e Gemma Brandi

Psichiatri psicoanalisti

Esperti di Salute Mentale applicata al Diritto