

SUICIDIO IN UN CASO DI MESOTELIOMA PLEURICO DI ORIGINE PROFESSIONALE: PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI IN TEMA DI NESSO DI CAUSALITÀ MATERIALE

A. MELE*, N. CILLINO**, E. DE LEONARDIS***, T. TAROPPIO****

1. Premessa

Le problematiche inerenti alla correlazione causale tra malattia neoplastica e suicidio ed alla necessità di identificare un idoneo percorso metodologico valutativo medico-legale sono emerse nel corso dello studio di un caso giunto alla nostra osservazione e riguardante un tecnopatico affetto da mesotelioma pleurico in fase terminale, cui era già stato riconosciuto in regime di danno biologico un grado di invalidità permanente pari all'80%, e successivamente suicidatosi in ambiente ospedaliero.

In linea teorica, è di tutta evidenza che l'autosoppressione non può essere ammessa alla tutela giuridica laddove il gesto risulti del tutto slegato dalle conseguenze menomative determinate dall'evento infortunistico e/o dalla malattia professionale¹.

Ne discende che il suicidio che si consuma in ambiente lavorativo rappresenta spesso una mera coincidenza di luogo e di tempo.

Nelle malattie professionali, la condotta suicidiaria può essere espressione o essere diretta conseguenza della tecnopatia, per lo meno in termini concausali. Trattasi, più in particolare, di infermità di natura psichica *ab origine* o secondarie ad altra affezione morbosa.

In dette circostanze, tuttavia, nessun automatismo deve essere ammesso e l'analisi del nesso di causalità materiale richiede sempre di dimostrare, caso per caso, che il suicidio rappresenti l'espressione della malattia, nel contesto di un aumentato rischio della verifica dell'evento suicidiario.

Indubbiamente, la correlazione causale del suicidio è meglio nota nell'alveo delle turbe di natura psichica; maggiori difficoltà presenta, invece, la ricostruzio-

* Dirigente Medico di I livello - sede INAIL di Rho.

** Medico Specialista ambulatoriale R.L.P.

*** Dirigente Medico di I livello - sede INAIL di Milano Porta Nuova.

**** Sovrintendente Medico Regionale Lombardia INAIL - Direzione Regionale Lombardia INAIL.

1 L'art. 65 del D.P.R. n. 1124/1965 recita, peraltro: «L'assicurato, il quale abbia simulato o abbia dolosamente aggravato le conseguenze di esso, perde il diritto ad ogni prestazione, ferme rimanendo le pene stabilite dalla legge».

ne *nunc pro tunc* di tutti gli anelli della catena causale in caso di suicidio agito da parte di un malato oncologico.

La successione di eventi che portano dalla diagnosi di neoplasia alla condotta suicidiaria può apparire alle volte lineare, ma richiede comunque una *consecutio* fenomenologica non sempre agevole da dimostrare.

Alle volte esiste una carenza storico-clinico-documentale il cui *vacuum* non può essere artatamente colmato attraverso la costruzione di iperboliche ipotesi causali e pone dei limiti importanti alla ricerca di dati oggettivi.

Il caso in discussione ha evidenziato le difficoltà in tema di accertamento del nesso di causa proprio laddove è mancato un inquadramento nosologico ben preciso di un disturbo di natura psichica cui eventualmente ricondurre la condotta suicidiaria. Si è trattato allora di valutare se il suicidio era stato un fatto del tutto indipendente dalla malattia professionale riconosciuta (neoplasia a prognosi infausta) oppure se ne aveva rappresentato una possibile estrinsecazione, attraverso o meno l'instaurarsi di un disturbo di natura psichica nel soggetto affetto, completamente informato e consapevole della sua condizione.

Stante l'assenza di casistiche specifiche in ambito INAIL cui richiamarsi sul tema, il caso è stato studiato con particolare riferimento ai dati rinvenibili nelle fonti bibliografiche specializzate sull'argomento.

Caso

Come accennato in sede introduttiva, il caso osservato riguardava un uomo tecnopatico di 72 anni, affetto da mesotelioma pleurico maligno monobasico epiteliomorfo diagnosticato a maggio del 2011 e trattato a luglio del 2011 con ciclo di chemioterapia in regime di Day Hospital (secondo lo schema infusione Cisplatino 50 mg in 500 cc di fisiologica + Alimta 800 mg in 100 cc di fisiologica), con comparsa di dispnea per minimi sforzi, episodi di tachicardia a riposo ed iperpiressia, che avevano richiesto la sospensione anzitempo del trattamento. All'inizio di dicembre del 2011, a seguito degli accertamenti espletati, presso l'Area medica della sede INAIL di Rho, si riconoscevano l'origine professionale della neoplasia ed una percentuale di danno biologico pari all'80%.

Alla fine di gennaio del 2012 presso la medesima area perveniva incarico per *exitus*. Il 27 dicembre 2011 il soggetto si era ricoverato spontaneamente presso un'unità Hospice nosocomiale.

In quella sede riferiva da circa un anno comparsa di dispnea da sforzo, calo ponderale, dolore toracico ed addominale (menomazioni già riscontrate al momento dell'accertamento medico-legale conclusosi ai primi di dicembre 2011).

Riferiva, inoltre, "negli ultimi tempi deterioramento delle condizioni generali, dolore, astenia, dimagrimento, difficoltà respiratorie e digestive" e che le condizioni cliniche nell'ultima settimana erano andate aggravandosi con riacutizzazio-

ne dei sintomi e progressiva invalidità: “Il paziente trascorre a letto più del 50% del suo tempo (ECOG 3). Per tale motivo si decide di ricoverare in Hospice”.

La diagnosi all’ingresso nella struttura era di “Mesotelioma dx... secondarismi linfonodali, addominali” e si annotava, altresì, quanto segue: “completamente consapevole della sua situazione di malattia e della sua prognosi”; “Consapevolezza di malattia completa. Coscienza della terminalità completa. Condizioni generali mediocri... Pz lucido consapevole della sua malattia riferisce di essere venuto qui perché solo e vuole essere accudito”.

All’esame obiettivo si descriveva: “*Facies* composita, sensorio integro. Decubito indifferente, Dispnea da sforzi minimi. Stato di nutrizione scadente... ipotrofia muscolare diffusa... imbottitura della parete sottocutanea che si estende lungo il fianco dx sino all’addome... Toni tachicardici... Presente imbottitura sottocutanea lungo il fianco dx... Presenza di ascite...”.

Dal giorno dell’ingresso in terapia si aggiungeva *Mirtazapina* 15 mg x 1 os, nonché *Tachidol* 1 x 3 (o più volte a seconda della necessità) ed O₂ terapia al bisogno. Durante il ricovero le condizioni mentali del soggetto venivano sempre descritte nel modo seguente: vigile, lucido ed orientato mentre non erano descritte condizioni inerenti il tono dell’umore del soggetto.

Il 2 gennaio 2012 nel diario infermieristico, si annotava inoltre: “Nel letto quasi tutta la mattina, riferisce dolore toracico e disturbi addominali ma non vuole prendere altri farmaci tranne tachidol; lieve dispnea presente. O₂ terapia in corso....”.

Il 3 gennaio 2012, alle ore 5.40 il paziente veniva trovato deceduto a seguito di un colpo da arma da fuoco esplosivo a livello del capo.

Discussione

Il problema relativo al rischio suicidiario in pazienti affetti da tumore è noto in letteratura da tempo.

Già nel 1994 BELLINI e CAPANNINI operarono una revisione della letteratura evidenziando come la diagnosi di tumore comportasse un aumentato rischio di suicidio. Sottolineavano, inoltre, che il rischio più elevato si registra durante il primo e fino al secondo anno dalla diagnosi. Detto rischio, secondo gli Autori, poteva ricollegarsi all’informazione relativa alla diagnosi di tumore, ma ancor di più alla gravità della malattia, a causa degli *outcome* negativi a breve termine. I pazienti a maggior rischio erano rappresentati da quelli che soffrivano di una malattia molto severa e rapidamente progressiva, trattata con chemioterapia o allo stadio terminale con dolore intrattabile. Gli stessi Autori sottolineavano, di poi, come cruciale risultava la relazione tra cancro, depressione e suicidio, poiché la depressione severa è particolarmente frequente tra i pazienti affetti da malattia neoplastica, ma spesso rimane misconosciuta e non trattata².

2 BELLINI M., CAPANNINI D., *Increased suicide risk in cancer patients*, in *Minerva Psichiatr.*, September 1994; 35(3): 175-186.

Le evidenze che il rischio di suicidio nei soggetti affetti da tumore era più elevato rispetto alla popolazione generale e che era maggiore nei primi mesi dopo la diagnosi, in relazione alla gravità della malattia, venivano ribadite nel 2004 da Miccinesi³ ed ulteriormente nella letteratura internazionale, in cui è stato confermato il concetto che il rischio di suicidio è particolarmente elevato nei tumori a prognosi infausta in soggetti non affetti da preesistenti disordini di natura psichiatrica⁴.

In Italia uno studio condotto dall'AreSS della regione Piemonte nel 2009 segnalava che «dati recenti evidenziano come il rischio di suicidio nei pazienti affetti da cancro è circa doppio rispetto alla popolazione generale, con rischio massimo nei primi cinque anni dalla diagnosi di cancro, rimane comunque più alto a distanza di quindici anni e venticinque anni per i tumori al seno»⁵.

Altri Autori sostenevano che, mentre la prevalenza dell'ideazione suicidiaria nella popolazione affetta da cancro può essere comparabile con quella della popolazione generale, la prevalenza di un suicidio posto in essere è, invece, più elevata⁶.

In una recente pubblicazione, l'ideazione suicidiaria in pazienti affetti da cancro è stata stimata nella misura del 34,6%; nel 10% dei casi l'ideazione veniva messa in atto⁷.

In base ad un'autorevole *review* della letteratura, l'incremento del rischio suicidiario in pazienti affetti da tumore risulterebbe di circa 2-10 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale e, sebbene con dati non univoci, sembrerebbe che il rischio di suicidio si concentri nei primi mesi dopo aver appreso la diagnosi di neoplasia per poi ridimensionarsi successivamente⁸.

L'incidenza del fenomeno suicidiario sembra essere maggiore negli uomini piuttosto che nelle donne⁹.

3 MICCINESI G., CROCETTI E., BENVENUTI A., PACI E., *Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy*, in *Eur. J. Cancer*, 2004; 40: 1053-1057

4 FANG FANG M.D. *et al.*, *Suicide and Cardiovascular Death after Cancer Diagnosis*, in *New England Journal of Medicine*, 366; 14; April 5, 2012; SPENCER R.J. *et al.*, *Clinical correlates of suicidal thoughts in patient with advanced cancer*, in *Am J. Geriatr. Psychiatry*, April 2012; 20 (4): 327-336.

5 ARESS PIEMONTE, *Psicologia ospedaliera: percorso diagnostico terapeutico assistenziale in Psicologia oncologica*, Quaderni Scientifici, 2009: 20-21.

6 ROBSON A., SCRUTTON F., WILKINSON L., MACLEOD F., *The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature*, in *Psychooncology*, December 2010; 19 (2): 1250-1258.

7 MADEIRA N., ALBUQUERQUE E., SANTOS T., MENDES A., ROQUE M., *Death Ideation in cancer patients: contributing factors*, in *J. Psychosoc. Oncol.*, November 2011; 29 (6): 636-642. Il campione analizzato era composto da 130 pazienti.

8 POMPILI M., SERAFINI G., FORTE A., DEL CASALE A., INNAMORATI M., TATARELLI R., *Rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro*, in *Med. Psicosom.*, 2008; 53 (4): 105-116.

9 KENDAL W.S., *Suicide and cancer: a gender-comparative study*, in *Annals of Oncology*, February 2007; 18 (2): 381-387. Dallo studio condotto è emerso che negli uomini l'associazione più elevata con il suicidio era per le malattie con metastasi a distanza. Detto orientamento appare pressoché univoco nelle fonti bibliografiche consultate, sebbene uno studio condotto nel Sud est dell'Inghilterra dal 1996 al 2005 ha evidenziato, viceversa, una maggiore incidenza nelle donne [ROBINSON D., RENSHAW C., OKELLO C., MØLLER H., DAVIES E.A., *Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study*, in *Br. J. of Cancer*, 2009; 101: 198-201].

Il rischio appare più elevato in soggetti ultra65enni rispetto a quelli al di sotto dei 65 anni, con un tasso più elevato tra gli uomini di 80 anni e più. Specifiche diagnosi associate con un rischio più elevato includono il tumore polmonare, pancreatico, prostatico, della testa e del collo¹⁰.

Per quanto riguarda il campione maschile, il rischio sembrerebbe aumentare in pazienti con cancro alle vie respiratorie, con cancro non localizzato rispetto a quelli con cancro localizzato¹¹.

Il Registro Tumori Toscana ha pubblicato uno studio in cui si dimostrava che ad un aumento dell'incidenza del cancro al polmone e della prostata seguiva, di pari passo, un incremento del rischio di suicidio¹².

Secondo molte fonti bibliografiche consultate, l'anello di congiunzione tra neoplasie e suicidio sarebbe rappresentato dall'instaurarsi di un'affezione di natura psichica e, più nel dettaglio, di uno stato depressivo¹³.

Il rischio di suicidio «è frequentemente associato a disturbi dell'umore, in particolare la depressione. Altri fattori di rischio includono precedenti tentativi di suicidio, dolore mal controllato, delirio, polisintomatologia organica, sentimenti di disperazione, presenza di suicidi all'interno della storia familiare, abuso di sostan-

10 ANGUIANO L., MAYER D.K., PIVEN M.L., ROSENSTEIN D., *A Literature Review of Suicide in Cancer Patients*, in *Cancer Nurs.*, September 23, 2011 (abstract).

11 POMPILI M. *et al.*, *Rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro*, op. cit. sub (8).

12 MICCINESI G. *et al.*, *Suicide Mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy*, op. cit. sub (4).

13 Dalla citata *review* operata da POMPILI, emerge che molti studi identificavano nella depressione, ovvero in un'altra entità nosologicamente inquadrabile dal punto di vista psichiatrico, la causa dell'aumentato rischio di suicidio nei pazienti neoplastici: «PASSIK e BREITBART [82] hanno visto, inoltre, che 1/3 dei pazienti suicidi del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center era affetto da depressione maggiore, circa il 20% aveva un delirium e, infine, nel 50% era stato diagnosticato un disturbo dell'adattamento con la presenza di ansia e depressione al momento della valutazione. La depressione aveva un'incidenza del 20-25% e aumentava in presenza di alti livelli di disabilità fisica e dolore [83]. CHOCHINOV *e coll.* [32] hanno ulteriormente riscontrato, in uno studio condotto in Canada su 200 malati terminali, che il desiderio di morte nei pazienti neoplastici era correlato al dolore, a un inadeguato supporto familiare e, in maniera più significativa, a un disturbo depressivo; in particolare, questo studio ha evidenziato come su un desiderio occasionale di morte prevalente nel 44,5% dei casi, soltanto l'8,5% voleva realmente morire. La prevalenza della diagnosi di depressione in questa ricerca è risultata del 58,8%: considerando questo dato, gli autori sostengono che il rischio suicidario in questa tipologia di pazienti è associato alla depressione. In un altro studio Finlandese [84], si è visto, ancora, che in un campione di pazienti con cancro che aveva tentato il suicidio, circa il 93% aveva sofferto nel passato di un disturbo mentale. In un altro studio facente parte del "National Suicide Prevention Project in Finland" [85], lo stesso autore ha riscontrato, su una vasta popolazione di suicidi, che nella maggior parte dei casi i pazienti suicidi avevano ricevuto una diagnosi psichiatrica (85%), mentre solo nel 5% dei casi non era stata formulata una diagnosi [20]. I disturbi più frequentemente riscontrati da HENRIKSSON *et al.* [20] nei pazienti suicidi affetti da cancro sono stati i disturbi dell'umore. FARBEROW *et al.* [86], hanno notato, in pazienti trattati in ospedale dal 1950 al 1958, che venti su trentadue casi riportavano ansia, apatia, Depressione maggiore e Disturbi dell'umore. Ugualmente, in uno studio svedese del 1985 [87], su ottantotto pazienti cancerosi suicidatisi, 1/3 aveva riportato sintomi di disturbi mentali prima della diagnosi di cancro e un altro 40% dopo tale diagnosi. Nel 1999 un gruppo di studiosi giapponesi [88] ha voluto mettere in relazione il rischio di suicidio nei pazienti affetti da cancro con i disturbi psichiatrici. Lo studio ha preso in considerazione un campione di 362 pazienti ricoverati nel reparto psichiatrico con diagnosi di disturbi dell'umore, a cui facevano seguito i deliri. Da questa ricerca è emerso che i pensieri posseduti da più della metà del campione in esame erano legati non solo al cancro stesso, ma anche alla presenza di altre patologie mentali [...].».

ze e alcool, assenza di rapporti sociali... stadio avanzato della malattia, aumento dell'età, [...] disturbi mentali, tra cui in particolare la depressione [...]»¹⁴.

In uno studio del 2000, alcuni Autori affermavano che, molto spesso, la correlazione tra cancro e suicidio o tentativi di suicidio era più forte dopo l'insorgenza di un disturbo depressivo¹⁵.

Altre fonti riportano che in media «il 35-40% delle persone colpite da cancro presenta un disturbo di tipo psichiatrico classificabile secondo l'ICD-10 o il DSM-IV (depressione maggiore, distimia, ansietà, adattamento). Un recente studio SIPO condotto presso 36 centri di psicooncologia e conclusosi ad agosto 2009 ha evidenziato come la prevalenza del disagio psichico in oncologia sia del 40-45% [...] I disturbi psicopatologici correlano inoltre indipendentemente con l'aumento dei tempi di recupero, riabilitazione e di degenza, con la minore efficacia biologica della chemioterapia, con il marcato aumento del rischio di suicidio (aumento di quattro volte della richiesta di eutanasia e suicidio assistito), con l'incremento del rischio di recidiva della malattia e con la riduzione della sopravvivenza»¹⁶.

Diverse casistiche evidenziano, inoltre, che la depressione nei soggetti anziani con cancro esporrebbe il paziente ad un notevole rischio di suicidio e, pertanto, risulta fondamentale identificare precocemente i segni predittivi di suicidalità e pianificare un adeguato trattamento preventivo. Secondo i dati riportati dal *National Institute for Clinical Excellence* nel 2004, nell'anno successivo alla diagnosi di cancro, circa un paziente su dieci riporta sintomi correlabili alla depressione o all'ansia di grado severo, tali da richiedere l'intervento di servizi specialistici psicologici o psichiatrici¹⁷.

Depressione ed assenza di speranza, rappresentano fattori associati ad un più alto rischio di suicidio, anche se non vi sono strumenti che possano sensibilmente e specificatamente predire l'evento¹⁸.

Con particolare riguardo ai soggetti affetti da mesotelioma, GRANIERI afferma che nelle «persone affette da mesotelioma pleurico si rileva la presenza di sintomi come umore depresso, stati ansiosi, pensieri fissi e intrusivi, disturbi del sonno e una sensazione ricorrente di essere incompresi, proprio in seguito all'esperienza di aver vissuto un evento catastrofico. D'altra parte, i soggetti interessati presentano alcune dimensioni psicopatologiche associate a un disturbo posttraumatico da stress» e che pazienti e familiari tendono a manife-

14 POMPILI M. et al., *Rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro*, op. cit. sub (8).

15 DRUSS B., PINCUS H., *Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness*, in *Archives of Internal Medicine*, 2000; 160: 1522-1526.

16 ARESS PIEMONTE, *Psicologia ospedaliera: percorso diagnostico terapeutico assistenziale in Psicologia oncologica*, op. cit. sub (5).

17 ROBINSON D., RENSHAW C., OKELLO C., MÖLLER H., DAVIES E.A., *Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study*, in *Br. J. Of Cancer*, 2009; 101: 198-201.

18 ANGUIANO L. et al., *A Literature Review of Suicide in Cancer Patients*, op. cit. sub (10).

stare sintomi di ansia e di depressione, dimostrando anche «una tendenza più elevata a prendere in considerazione la possibilità di suicidio e a mettere in atto tentativi anticonservativi»¹⁹.

Quando è presente uno stato di disagio psichico potenzialmente diagnosticabile, si pongono, comunque, le difficoltà relative ad un suo tempestivo riconoscimento e corretto trattamento.

Il problema, sempre secondo POMPILI, sorgerebbe laddove la maggior parte dei clinici «sperimenta non poche difficoltà nel riconoscimento di fattori di rischio per il suicidio in pazienti affetti da neoplasia, e può essere indotta a sottovalutare i sintomi depressivi in pazienti affetti da cancro, particolarmente quando la depressione si manifesta con caratteristiche prevalentemente somatiche»²⁰.

La depressione, dunque, è frequentemente associata al rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro ed è un'entità sindromica spesso non riconosciuta e sottovalutata²¹.

Secondo alcuni Autori, l'astenia rappresenterebbe molto spesso il sintomo di esordio di diversi disturbi psichici conclamati o ancora sotto soglia, quali il disturbo d'ansia generalizzato e la depressione maggiore. La maggior parte dei pazienti affetti da tumore non verrebbe sottoposta ad uno screening per testare il rischio di suicidio e davvero pochi pazienti, anche al momento della diagnosi di depressione, verrebbero adeguatamente trattati²².

BREINBART e PASSIK nel 1995 avevano concluso che il dolore, la perdita di speranze, la perdita del controllo e l'impulsività, la disperazione e la percezione di essere un peso per gli altri erano implicati nel maggior rischio di suicidio²³.

Pur essendo comune la depressione nei malati oncologici, allora, il disturbo non sempre viene diagnosticato con precisione: in circa la metà dei casi essa non viene riscontrato perché «si parla di tristezza appropriata alla malattia [...] Lo scarso riconoscimento della depressione è legata alla necessità di concentrare energie e terapie sulle problematiche "organiche" e alla tendenza a spiegare le sofferenze emotive come un inevitabile prezzo da pagare. Infine, alcuni sintomi

19 Rassegna Sindacale, *Mal d'Amianto*, 22 febbraio 2012. Nell'articolo, si intervista la Prof.ssa Antonella Granieri (*Psicologia clinica*), autrice del libro *Amianto, risorsa e dramma di casale, risvolti psicologici nelle persone affette da mesotelioma e nei loro familiari*, Fratelli Frilli, Genova, 2008, su <http://www.inail.it>.

20 POMPILI M. *et al.*, *Rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro*, op. cit. sub (8).

21 BROWN J.H. *et al.*, *Is it normal for terminally ill patients to desire death?*, in *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143: 208-2011. MASSIE M.J., HOLLAND J.C., *Overview of normal reaction and prevalence of psychiatric disorders*, in HOLLAND J.C., ROWLAND J.H., *Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer*, Oxford University Press, New York, 1989; 273-282.

22 HAYES J.R., *Depression and chronic fatigue in cancer patients*, in *Prime Care*, 1991; 18: 327-339; HICKIE I.B., LLOYD A.R., WAKEFIELD D., *Chronic fatigue syndrome: current perspectives on evaluation and management*, in *Med. J. Aust.*, 1995; 163: 314-318; FUHRER R., WESSELY S., *The epidemiology of fatigue and depression: a French primary-care study*, in *Psychol. Med.*, 1995; 25: 895-905.

23 BREINBART W., PASSIK S.D., *Psychiatric aspects of palliative care*, in DOYLE D. *et al.*, *Oxford textbook of palliative medicine*, Oxford University Press, Oxford, 1995; 609-626.

della depressione vengono attribuiti alla patologia neoplastica ed alle terapie mediche in atto»²⁴.

TORTA ha recentemente sottolineato come un trattamento farmacologico antidepressivo viene utilizzato in una percentuale di pazienti inferiore al 5%. Secondo l'Autore una deflessione patologica del tono dell'umore (a prescindere dalla diagnosi categoriale) comporterebbe per un paziente oncologico, oltre ad una peggiore qualità di vita, un incremento delle conseguenze psichiche e somatiche dello stress, una riduzione del funzionamento fisico, sociale e professionale, una ridotta aderenza alle terapie e ai protocolli diagnostici, un drammatico incremento del rischio suicidiario: sebbene risulti evidente «l'elevato tasso di depressione nei pazienti oncologici, variabile a seconda della fase di malattia e dei trattamenti in corso, una quota esigua di pazienti riceve un adeguato trattamento farmacologico per un disturbo dell'umore». È, dunque, fondamentale porre diagnosi di depressione in un paziente oncologico: un «evitabile errore clinico, dalle gravi conseguenze, è quello di considerare la depressione in corso di patologia oncologica alla stregua di un evento ineluttabile, e come tale non suscettibile di miglioramento nel caso di trattamenti»²⁵.

Secondo altri Autori, la spiegazione di un aumentato rischio di suicidio in pazienti con cancro risiederebbe nel dolore e nel decadimento fisico in soggetti maschili ultrasessantenni con cancro in stato avanzato e con diagnosi recente, secondo il seguente meccanismo etiopatogenetico: con il procedere della patologia aumenterebbe l'incidenza del dolore; quest'ultimo essendo incontrollabile diventerebbe un importante e drammatico fattore di rischio per il suicidio²⁶.

Allo stesso modo, AKESHI *et al.* nel 2002 rilevavano che il decadimento fisico provocato dal dolore si assocerebbe ad un elevato tasso di suicidalità²⁷.

Nonostante diversi studi siano stati condotti sull'argomento, rimane comunque ancora poco chiaro l'esatto meccanismo attraverso il quale essere affetti da una neoplasia possa influenzare il rischio di suicidio, soprattutto quali siano i fattori prevalentemente coinvolti nel determinismo di tale fenomeno.

Nondimeno, POMPILI *et al.*, a seguito della cospicua revisione letteraria operata, in tema suicidio in pazienti affetti da cancro, individuavano i seguenti fattori di rischio *generali* e *specifici* che aumenterebbero maggiormente la probabilità dell'atto suicidiario.

Generali

- Storia di disturbi psichiatrici, soprattutto quelli associati ad impulsività e a disturbi dell'umore;

²⁴ *Depressione e cancro: studio pilota sulla depressione nei pazienti oncologici*, su www.salus.it, pubblicato il 31 maggio 2010.

²⁵ TORTA R.G.V., *Il razionale e la scelta degli antidepressivi in oncologia*, in *NÓOς Aggiornamenti in Psichiatria*, Novembre 2011; 3: 201-227.

²⁶ SCHRAUB S., *Cancer and suicide*, in *Bulletin of Cancer*, 1985; 72: 48-51.

²⁷ AKECHI T. et al., *Clinical factors associated with suicidality in cancer patients*, in *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2002; 32: 506-511.

- storia familiare di suicidio e depressione;
- tentativo di suicidio in anamnesi;
- depressione;
- abuso di sostanze;
- perdita recente di un amico o di un convivente;
- sostegno sociale e familiare limitato;
- patologia fisica concomitante che provoca depressione (ictus o infarto del miocardio);
- pregressa terapia per problemi psicosociali.

Specifici

- Cancro orale, faringeo e polmonare, cancro gastrointestinale o pancreatico;
 - Stadio avanzato della patologia a prognosi infausta;
 - l'essere non sposato ed essere affetto da cancro alla testa o al collo;
 - confusione mentale;
 - ulteriori eventi avversi;
 - dolore mal controllato;
 - presenza di sintomi invalidanti (perdita della mobilità, perdita del controllo degli sfinteri, amputazioni, perdita della sensibilità, paraplegia, inabilità a mangiare e a deglutire, fatica e sfinimento);
 - chirurgia demolitiva o patologia sfigurante;
- terapia con alcuni farmaci particolari (corticosteroidi, procarbazine, L-asparaginasi, interferone-alfa, interleukina-2, amfotericina-B)²⁸.

A loro volta, altri Autori, con risultati aderenti a quelli pubblicati sul SEER 9 *Public-Use population-based registry database*, avevano riassunto nel 2007 i potenziali fattori di rischio per la depressione in soggetti affetti da tumore:

- stadio avanzato (uno dei più significativi nello studio condotto);
- carcinoma pancreatico;
- rifiuto del trattamento;
- divorzio in soggetti affetti da neoplasia della testa o del collo;
- assenza di supporto familiare²⁹.

Nel caso in esame, il soggetto presentava effettivamente un aumentato rischio per la messa in atto di una condotta suicidiaria: trattavasi, infatti, di soggetto maschile, di età pari a 72 anni, affetto da neoplasia in fase metastatica interessante le vie respiratorie, progressivamente evoluta sino allo stadio terminale, pienamente consapevole della sua prognosi infausta, con riferita necessità di essere accudito, con dolore mal controllato, tanto è che il giorno prima di suicidarsi

²⁸ POMPILI M. *et al.*, *Rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro*, op. cit. sub (8).

²⁹ *National Cancer Institute*, su www.seer.cancer.gov, 2004.

aveva rifiutato un trattamento antidolorifico più efficace. La condotta suicidiaria, inoltre, veniva messa in atto nel primo anno dalla diagnosi di malattia.

Vi erano, quindi, nella storia dell'assicurato, a causa delle condizioni cliniche in cui versava, fattori di rischio generici e fattori di rischio specifici per il suicidio. Ciò nonostante, pur rientrando nella categoria di individui a rischio, è di solare evidenza che il processo di accertamento del nesso di causalità materiale non può esaurirsi nella semplice soddisfazione di un criterio *statistico-epidemiologico* secondo cui, un soggetto nelle condizioni descritte presenta effettivamente un maggior rischio di mettere in atto una condotta autosoppressiva.

In altri termini, il maggiore rischio non rappresenta *ex se* un elemento probatorio nel senso della dimostrazione del nesso causale, poiché è necessario che lo stesso si concretizzi per dar luogo alla tutela giuridica dell'evento.

Mentre risulta spesso tutto sommato agevole stabilire una consequenzialità tra disturbi della sfera psichica di origine professionale e suicidio agito, qualora la condotta autosoppressiva rientri tra le possibili manifestazioni cliniche dell'infirmità, un percorso certamente più arduo ed uno sforzo superiore sono richiesti nel caso in cui il suicidio avvenga in una persona affetta da una malattia organica, come nel caso delle tecnopatie di natura neoplastica, apparentemente scollegato, quindi, dall'affezione morbosa di base.

Nel caso di nostra osservazione, si doveva stabilire *a posteriori*, di conseguenza, se la malattia neoplastica di origine lavorativa aveva effettivamente rappresentato il *primum movens* della condotta suicidiaria, rappresentando, da sola o in concorso con altri fattori, un antecedente causale idoneo alla verifica dell'evento letale. Più in particolare, si doveva valutare anche se il soggetto fosse stato affetto oppure no da un disturbo della sfera psichica causalmente ascrivibile alla malattia neoplastica ed alla completa conoscenza del proprio stato di salute³⁰.

Come detto, dalla letteratura emerge una sostanziale ammissibilità della catena causale neoplasia - depressione - suicidio, ed è consolidato, con percentuali che variano da studio a studio e che si attestano in media intorno al 40%-45%, che la diagnosi di neoplasia e lo stato di malato oncologico comportino lo sviluppo nel soggetto di un disagio psichico.

Dai dati clinico-documentali disponibili non emergeva, in realtà, la descrizione di sintomi specifici che potessero risultare indicativi di uno stato depressivo o, più in generale, di un disturbo post-traumatico da stress e durante la breve degenza non era stata richiesta alcuna consulenza specialistica psichiatrica né alcun supporto psicologico per il paziente.

³⁰ Sul tema, si richiama la massima della sentenza della Cassazione Civile, Sezione lavoro, del 20 gennaio 1987, n. 500: «Il diritto dei superstiti alle prestazioni assicurative per la morte dell'assicurato affetto da silicosi sussiste quando il decesso sia stato determinato da detta infermità o da una sua conseguenza patologica diretta, che sia cioè in rapporto di causalità con la detta malattia professionale, in quanto strettamente connessa con il relativo processo formativo ed evolutivo (nella specie è stato escluso il nesso causale tra la silicosi e la successiva depressione che aveva spinto al suicidio l'assicurato)».

Anche in anamnesi non erano stati riferiti disturbi della sfera psichica associati alla piena consapevolezza dello stato della malattia e della sua prognosi, né vi era alcun accenno a cure e/o terapie farmacologiche specifiche, sebbene il soggetto riferisse, comunque, alcuni elementi significativi sotto il profilo della propria storia familiare (viveva da solo e si recava presso la struttura per essere accudito). Pur nella carenza dei suddetti elementi, era stata comunque instaurata dal primo giorno di ricovero una terapia con *Mirtazapina* al dosaggio di 15 mg/die, senza tuttavia introdurre un percorso diagnostico specifico.

Ora, il farmaco in questione appartiene alla categoria degli antidepressivi ed è indicato, appunto, per la cura della *Depressione maggiore*.

L'effetto antidepressivo della *Mirtazapina* generalmente inizia ad essere evidente dopo 1-2 settimane ed il trattamento con una dose adeguata deve portare ad una risposta positiva in 2-4 settimane. Quando la risposta risulta insufficiente, la dose può essere aumentata fino al massimo possibile.

Dopo aver ottenuto un effetto clinico ottimale e quando il paziente risulta libero dai sintomi, il trattamento deve essere continuato per 4-6 mesi dopo di che si può considerare una graduale interruzione. Se non si osserva alcuna risposta clinica entro le 2-4 settimane di trattamento con la dose massima, la somministrazione deve essere sospesa gradualmente, al fine di evitare sintomi da astinenza.

Il suicidio, nel caso di specie, è avvenuto a circa una settimana dall'inizio del trattamento; i benefici dello stesso, di conseguenza, non potevano dispiegarsi sull'organismo del soggetto, in quanto erano necessarie almeno 2-4 settimane di terapia.

È altamente probabile, allora, che in un soggetto affetto da neoplasia in fase avanzata ed a prognosi infausta, pienamente consapevole della propria condizione, si siano sviluppati sintomi ascrivibili ad un disturbo di natura depressiva e che sia stata iniziata in sede ospedaliera una terapia, anche solo a scopo profilattico nei confronti della genesi di un disturbo depressivo vero e proprio e preventivo nei confronti del suicidio, essendo noti la frequente associazione tra neoplasia in stadio avanzato ed infermità psichica ed il maggior rischio di una condotta autosoppressiva.

Una maggiore incidenza di depressione si osserva, inoltre, nei soggetti neoplastici in caso di alti livelli di dolore e disabilità. Sebbene dal diario clinico non emergesse una chiara descrizione degli stessi, soprattutto sotto il profilo quantitativo, non poteva essere ignorato che il soggetto veniva ricoverato proprio sulla scorta di un peggioramento delle condizioni cliniche riscontrato nell'ultima settimana (all'esame obiettivo in ingresso nella struttura si dava atto, peraltro, della presenza di dispnea per sforzi minimi e di ipotrofia muscolare diffusa, nonché di uno stato di nutrizione scadente) e che il sintomo del dolore peggiorava proprio il giorno prima del suicidio.

La difficoltà dell'inquadramento nosologico del disturbo psichico in un soggetto affetto da neoplasia è descritta in letteratura e trova forse la sua naturale spiega-

zione proprio nella storia e nel vissuto psichico del soggetto neoplastico; nel caso in parola, il soggetto ha messo in atto il gesto anticonservativo in una fase in cui, pur se il trattamento era stato intrapreso, esso era probabilmente inefficace a contrastare l'ideazione suicidiaria del soggetto.

Si doveva ammettere, dunque, nella fattispecie, che si fosse sviluppata una turbe psichica causalmente ovvero concausalmente - assieme ad altri fattori di natura eredo-costituzionale - determinata dalla propria condizione di salute³¹.

Di contro, una differente ipotesi etiopatogenetica del disturbo depressivo non appare postulabile sulla scorta dei dati documentali disponibili.

Preliminarmente va segnalato che, nel corso del precedente accertamento medico-legale che aveva condotto al riconoscimento dell'origine professionale del mesotelioma diagnosticato in sede clinica, non erano emersi elementi clinici, anamnestici e documentali e risalenti ad epoca precedente alla scoperta del tumore indicativi di un disturbo psichico già in atto.

31 Si fa notare che, per ampliare il riscontro, si è proceduto alla richiesta del relativo fascicolo presso l'ufficio della Procura della Repubblica competente, in quanto risultava meritevole di essere analizzata, ai fini di una possibile azione surrogatoria da parte dell'Istituto, pure la possibilità di una responsabilità professionale medica nel determinismo del decesso, poiché il suicidio era stato messo in atto con un'arma da fuoco all'interno di una struttura sanitaria, i disturbi di natura psichica potevano essere stati sottostimati ed avrebbero potuto, invece, orientare i medici della struttura sanitaria ad un approfondimento diagnostico (richiesta di una consulenza specialistica psichiatrica ed impostazione di un piano terapeutico più efficace). Le indagini disposte, nella fattispecie, non hanno rilevato profili colposi nella condotta dei sanitari, il che ha consentito di escludere che vi siano state omissioni sia in termini di mancata e/o ritardata diagnosi, sia in termini di inadeguata assistenza nel non aver sorvegliato in maniera congrua il paziente e nell'aver consentito l'introduzione di un'arma da fuoco all'interno della struttura. Sul punto della eventuale *culpa in vigilando*, GABBARD sosteneva che «secondo la psichiatria, i pazienti che sono veramente intenzionati a suicidarsi finiranno col farlo. Nessuna entità di contenzione fisica, attenta osservazione e abilità clinica può fermare il paziente realmente determinato al suicidio» [GABBARD G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Giuffrè, 1995]. A riprova di quanto affermato, l'Autore citava il caso di un paziente in una stanza di isolamento senza nient'altro che un materasso. Gli vennero tolti tutti i suoi abiti e tutte le sue cose, e veniva controllato regolarmente ogni quindici minuti. Negli intervalli tra i controlli e ogni quarto d'ora, il paziente iniziò a saltare sul materasso con tale forza da riuscire a sbattere la testa contro il soffitto, finché si ruppe il collo. In merito alla responsabilità medica dello psichiatra in caso di suicidio del paziente, si ricorda il contributo di MASPERO M., *Mancata previsione di evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro?*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2002; 3: 913, nel commento alla sentenza del Tribunale di Como del 13 novembre 2000 la cui massima si riporta di seguito: «Risponde di omicidio colposo il medico psichiatra di paziente affetta da sindrome depressivo psicotica, che dopo averne disposto il ricovero presso la Casa di cura di cui era titolare, ne cagionava il decesso, per colpa, consistita in negligenza, imprudenza, ed imperizia; inosservanza di regole e prescrizioni dell'arte medica, e segnatamente autorizzando la paziente ad uscire dalla clinica in stato di diminuita custodia, in violazione di un generico dovere di sorveglianza». Di abbastanza recente pubblicazione è, poi, la *Raccomandazione n. 4*, del marzo 2008, pubblicata dal Ministero della Salute e riguardante la *Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale* al cui testo, che identifica il suicidio in ospedale come evento sentinella, si rinvia direttamente. Riteniamo, in linea di massima, che la questione della colpa non possa essere sbrigativamente liquidata in base all'evidenza che l'evento era comunque ineluttabile, poiché l'analisi non può che essere effettuata *caso per caso* con specifico riferimento alle misure intraprese ad impedire la verifica dell'evento da parte di chi aveva in cura il paziente. In alcune circostanze, infatti, è possibile evidenziare profili colposi di tipo omissivo nella condotta del personale medico e paramedico. Sul punto, si veda anche il commento alla sentenza della Cassazione penale del 27 novembre 2008, n. 48292, sez. IV, operata da PIRAS P., SALE C., *Atti auto ed eterolesivi e responsabilità dello psichiatra*, in *Cassazione penale*, 2010; 4: 1471.

Anche gli ulteriori elementi acquisiti nel corso della successiva indagine medico-legale (quella espletata per esiti mortali), se pure evidenziavano una condizione di maggiore disagio sociale, non erano da soli di tale entità da soverchiare completamente l'efficacia determinante dell'antecedente causale di natura lavorativa (mesotelioma pleurico in fase metastatica a prognosi infausta), con piena consapevolezza della propria condizione da parte del soggetto, nella genesi di uno stato psicopatologico.

Concludendo, nella circostanza segnalata, in presenza di fattori di rischio generici e specifici tra quelli in precedenza richiamati, l'antecedente causale prospettato (mesotelioma pleurico metastatico, resistente alla terapia ed in fase terminale) oltre ad essere *cronologicamente* compatibile, è parso idoneo sotto il profilo *qualitativo* e *quantitativo* a determinare lo sviluppo nel soggetto di un incipiente disturbo di natura psichica, non ancora inquadrato sotto il profilo diagnostico e terapeutico, ma che ha comportato l'impulso all'ideazione prima, ed alla messa in atto dell'azione suicidiaria poi.

Dal punto di vista del *quo modo*, la nostra analisi si è conclusa con la maggiore probabilità che, nella fattispecie, la neoplasia avesse comportato lo sviluppo di uno stato depressivo nel soggetto.

In altre parole, in base agli elementi storico-documentali raccolti, non è stato possibile costruire una catena causale alternativa che non includesse la malattia neoplastica riconosciuta di origine professionale nella genesi dapprima di un disturbo psichico e, successivamente, di una condotta autosoppressiva (criterio di *esclusione* di altre possibili cause).

Sulla rassegna stampa del 26 luglio 2011 disponibile sul portale www.inail.it, compariva il richiamo ad un articolo pubblicato su "La Stampa" in pari data, all'indomani di una sentenza pronunciata dal Giudice Dott.ssa Fabrizia Pironti dal Tribunale Ordinario di Torino, Prima Sezione Penale, in data 25 luglio 2011, inerente a dieci operai che avevano contratto patologie tumorali a causa - stando alla tesi del Pubblico Ministero - dell'esposizione ad amianto riferibile a comportamento colposo datoriale.

Uno dei casi esaminati riguardava un soggetto esposto in ambiente lavorativo ad amianto dal 1960 al 1977, deceduto nel 2003 «*a seguito di gesto anticonservativo*», secondo l'impianto accusatorio, «*determinato concausalmente dal mesotelioma*». La Corte, tuttavia, non accoglieva la catena causale prospettata dal Pubblico Ministero (mesotelioma - stato depressivo - suicidio), sollevando «*corposi e insuperabili dubbi*», poiché il lavoratore non era stato messo al corrente dal figlio della natura della sua malattia, «*pur se - ancor prima della diagnosi tenutagli nascosta - egli aveva manifestato il comprensibile desiderio che non si trattasse di un tumore*» (il lavoratore aveva già perduto la moglie a causa di una malattia neoplastica).

Il Giudice, nella citata sentenza, richiamava documenti sanitari allegati al fascicolo del procedimento penale dai quali si evinceva, peraltro, la preesistenza di sintomi depressivi e di una terapia farmacologica antidepressiva rispetto alla diagnosi di tumore, aggiungendo che era attestato negli atti che il lavoratore «*non conosceva il rapporto tra asbesto e malattie correlate*», concludendo che quando si tolse la vita era «*afflitto da anni da uno stato depressivo*» e che appariva «*assai dubbio che la patologia tumorale in seguito diagnosticata avesse inciso negativamente, enfatizzandola, su tale pregressa condizione*», tenuto conto che il lavoratore «*non venne mai a sapere di esserne affetto (essendogli stata riferita una falsa diagnosi di pleurite)*»³².

Il caso oggetto del presente lavoro si discosta nettamente da quello sopra esposto per due elementi che appaiono fondamentali, proprio perché in essi risiede, a nostro avviso, l'esistenza di un nesso causale tra malattia neoplastica di origine lavorativa e suicidio: la mancanza di dati clinico-documentali dai quali desumere che vi fosse un'infermità di natura psichica preesistente alla diagnosi di cancro; la piena consapevolezza della propria condizione di malato terminale.

In realtà, *forse*, in casi come quello analizzato, si potrebbe addirittura disgiungere la catena causale dall'anello della depressione o di un altro processo morboso di natura psichica comunque in grado di determinare in un soggetto l'impulso al suicidio, collegando direttamente la malattia neoplastica di natura professionale ed a prognosi infausta alla condotta autosoppressiva, quando il soggetto a rischio risulta pienamente informato e consapevole del proprio stato.

Invero, anche laddove il suicidio non rappresentasse un segno di una malattia psichica già in atto o in divenire, il problema potrebbe essere superato attraverso una costruzione naturalistica degli eventi secondo cui, l'esatta conoscenza della prognosi della malattia e della qualità della vita residua, la disperazione e la percezione di essere un peso per gli altri determinerebbero inevitabilmente ripercussioni sulla sfera emotiva e psichica del soggetto - anche quando non nosologicamente inquadrabili dal punto di vista psichiatrico - tali da indurre ideazioni suicidarie e, in alcuni casi, la loro messa in atto.

In questa ipotesi, perciò, cruciali risulterebbero proprio l'informazione relativa alla diagnosi di tumore e la gravità della malattia, a causa degli *outcome* negativi a breve termine³³.

È noto, difatti, che la conoscenza della prognosi *quoad vitam* e *quoad valetudinem* non lascia inerte il soggetto sotto il profilo delle sofferenze e dell'immanicabile ripercussione su ogni idea di sua proiezione futura, cui è votata l'esistenza di ogni individuo.

³² Tribunale Ordinario di Torino, Prima Sezione Penale, sentenza del 25 luglio 2011 depositata in cancelleria il 17 ottobre 2011.

³³ BELLINI M., CAPANNINI D., *Increased suicide risk in cancer patients*, op. cit. sub (2).

Pertanto, l'antecedente causale di origine lavorativa (neoplasia in fase metastatica e terminale), da solo - od assieme ad altri elementi facenti parte del vissuto del soggetto - agirebbe determinando l'impulso a mettere in atto un'ideazione comunque presente nel soggetto affetto da malattia neoplastica, in accordo con gli studi di alcuni degli Autori citati. Per conseguenza, il gesto finale rappresenterebbe il frutto di uno stato emotivo o psichico fortemente condizionato dalla completa nozione della propria malattia.

In questa prospettiva, allora, la *conditio sine qua non* della verifica dell'evento sarebbe da ricercare nella malattia neoplastica in fase terminale e nella piena consapevolezza del proprio destino da parte del soggetto, poiché il suicidio rappresenterebbe la conseguenza del fatto di interesse medico-legale ed oggetto della tutela assicurativa.

Un ulteriore spunto di riflessione è quello relativo al fatto che la malattia neoplastica a prognosi infausta ed in fase terminale presenta tempi di sopravvivenza estremamente ridotti.

Ciò potrebbe costituire un elemento su cui fondare l'ipotesi secondo cui, in realtà, ciò che si verrebbe a determinare con la condotta suicidiaria sarebbe soltanto un accorciamento del tempo di sopravvivenza, dato che il destino della malattia risulta comunque inesorabile.

In pratica, sussistono, in questo come in casi consimili, concrete, reali ed attuali probabilità che di lì a poco il decesso si sarebbe comunque realizzato a causa della malattia neoplastica, anche se la condotta suicidiaria non fosse stata agita.

In situazioni come quella analizzata si potrebbe introdurre il concetto, dunque, per cui l'evento letale è *certus an ed incertus quando*, con possibilità in alcuni casi ben studiati di limitare detta incertezza; *se* l'intervallo di tempo tra il suicidio e la morte per malattia neoplastica sarebbe stato comunque risicato³⁴, *allora* non vi dovrebbero essere impedimenti alla tutela giuridica dell'evento.

Conclusioni

Il caso discusso ha consentito la formulazione di alcune riflessioni di più ampio respiro in tema di suicidio nel contesto di una tecnopatia di natura neoplastica a prognosi infausta ed in fase terminale, di cui l'assicurato abbia piena consapevolezza. Nelle suddette circostanze, l'analisi medico-legale deve partire inevitabilmente dallo studio del rischio di suicidio, conoscendo la popolazione di riferimento cui afferisce il caso osservato e valutando la presenza di fattori di rischio generici e specifici in concreto. In tal senso, non si può prescindere dagli elementi clinico-

34 Nel caso del mesotelioma pleurico alcuni studi indicano un tempo di sopravvivenza medio stimato in 9 mesi [MONTANARO F. *et al.*, *Survival of pleural malignant mesothelioma in Italy: A population-based study*, in *International Journal of Cancer*, 2009; 124: 201-207].

documentali disponibili i quali, talvolta, rilevano lacune difficilmente colmabili. Laddove, tuttavia, la documentazione sanitaria disponibile - compresi eventuali precedenti accertamenti effettuati al tempo della costituzione della rendita - rivela la presenza dei suddetti fattori di rischio, l'assenza di processi morbosi alternativi preesistenti ai quali attribuire causalmente in via esclusiva la condotta autosoppressiva, con particolare riguardo a quelli di natura psichica, nonché l'esatta conoscenza della propria condizione di malato terminale da parte dell'assicurato, appare *più probabile che non* che la tecnopatia concorra alla genesi dell'ideazione ed alla realizzazione dell'evento suicidiario.

Certamente il percorso medico-legale di ricostruzione del nesso di causalità materiale risulta più scorrevole quando vi sia una diagnosi psichiatrica che si pone come *trait d'union* tra la malattia professionale neoplastica in fase terminale, la nozione della propria condizione e la condotta anticonservativa. Ma anche nei casi in cui manca - o non è ancora stato identificato - lo sviluppo di un disturbo di natura psichica nosologicamente inquadrabile, causalmente ovvero concausalmente riconducibile al tumore, ci si chiede se sia concepibile rimuovere l'esatta informazione in possesso dell'assicurato relativa allo stadio terminale della malattia da una possibile serie di antecedenti causali in grado di determinare la spinta suicidiaria, nei ricordati limiti imposti da una serrata analisi medico-legale della documentazione disponibile - ma anche richiedibile ed acquisibile - al momento dell'accertamento.

A tal guisa, l'epicrisi medico-legale, a nostro avviso, non può che essere condotta *caso per caso*, per verificare se sussistono, in concreto, le imprescindibili condizioni dinanzi richiamate: neoplasia a prognosi infausta, precisa conoscenza del proprio destino da parte dell'assicurato (attraverso lo sviluppo oppure no di una infermità psichica nosologicamente inquadrabile), assenza di cause alternative preesistenti (o sopravvenute indipendentemente dalla malattia professionale) documentate, maggior rischio di suicidio.

RIASSUNTO

Nonostante gli innegabili miglioramenti compiuti dalla ricerca e dalla terapia abbiano comportato un miglioramento nella prognosi e nella qualità della vita di molti pazienti neoplastici, questi ultimi presentano comunque un aumentato rischio di suicidio rispetto alla popolazione generale.

Il presente lavoro riguarda il caso di un individuo di sesso maschile di 72 anni affetto da mesotelioma pleurico in fase metastatica diagnosticato a maggio 2011, chemioterato a luglio 2011 (terapia sospesa per comparsa di complicanze), riconosciuto di origine professionale all'inizio di dicembre del 2011, il quale si suicidava nello stesso mese presso una struttura ospedaliera con un colpo d'arma da fuoco al capo.

Sono state evidenziate le difficoltà della fase di accertamento del nesso causale ed illustrato il percorso intrapreso al fine di pervenire ad un giudizio medico-legale conclusivo.

L'analisi della documentazione disponibile e della letteratura in materia ha consentito di concludere che, con maggiore probabilità, il suicidio era stato causato dalla condizione clinica correlata alla gravità della malattia tumorale e dalla piena cognizione della relativa prognosi infausta.

Partendo dalle particolarità del caso osservato, è stato discusso un impianto metodologico di indagine medico-legale cui riferirsi in casi che presentano le medesime caratteristiche, concludendo che dovrebbe essere valutata, caso per caso, la realizzazione di alcuni requisiti fondamentali: malattia a prognosi infausta, precisa conoscenza del proprio destino da parte dell'assicurato (attraverso lo sviluppo oppure no di una infermità psichica nosologicamente inquadrabile), assenza di cause alternative preesistenti (o sopravvenute indipendentemente dalla malattia professionale) documentate, maggior rischio di suicidio.

SUMMARY

Although advances in cancer research and therapy have improved prognosis and the quality of life of many patients, cancer patients are at heightened risk of suicide.

This study regards a 72 years old man who received diagnosis of metastatic pleural mesothelioma on May 2011, in chemotherapy on July 2011 (the treatment was discontinued due to complications). The disease was defined occupational on beginning of December 2011 and the individual committed suicide at the end of the same month in a hospital with a gunshot to the head.

The Authors highlight the difficulties of the assessment in the causal link and show their process to make medico-legal diagnosis.

The analysis of the available documents and literature led to the conclusion that, more likely, the suicide was caused by the gravity of the disease and complete information of its poor prognosis.

Starting from the case report, the Authors discuss an investigation method in cases that present the same characteristics, concluding that the evaluation should be case by case. It should be evaluated the presence of some basic requirements: poor prognosis disease, precise knowledge of the disease prognosis (with or without the development of a psychiatric illness), absence of alternative documented preexisting causes (or subsequent causes independent of occupational disease), increased risk of suicide.

BIBLIOGRAFIA

AKECHI T. *et al.*: *Clinical factors associated with suicidality in cancer patients*, in *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2002; 32: 506-511.

ANGUIANO L. *et al.*: *A Literature Review of Suicide in Cancer Patients*, in *Cancer Nurs.*, September 23, 2011 (abstract).

ARESS PIEMONTE: *Psicologia ospedaliera: percorso diagnostico terapeutico assistenziale in Psicologia oncologica*, Quaderni Scientifici, 2009: 20-21.

BELLINI M., CAPANNINI D.: *Increased suicide risk in cancer patients*, in *Minerva Psichiatr.*, September 1994; 35(3): 175-186.

BREINBART W., PASSIK S.D.: *Psychiatric aspects of palliative care*, in DOYLE D. *et al.*, *Oxford textbook of palliative medicine*, Oxford University Press, Oxford, 1995; 609-626.

BROWN J.H. *et al.*: *Is it normal for terminally ill patients to desire death?*, in *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143: 208-211.

DRUSS B., PINCUS H.: *Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness*, in *Archives of Internal Medicine*, 2000; 160: 1522-1526.

FANG FANG M.D. *et al.*: *Suicide and Cardiovascular Death after Cancer Diagnosis*, in *New England Journal of Medicine*, 366; 14; April 5, 2012.

FUHRER R., WESSELY S.: *The epidemiology of fatigue and depression: a French primary-care study*, in *Psychol. Med.*, 1995; 25: 895-905.

GABBARD G.O.: *Psichiatria psicodinamica*, Giuffrè, 1995.

HAYES J.R.: *Depression and chronic fatigue in cancer patients*, in *Prime Care*, 1991; 18: 327-339.

HICKIE I.B., LLOYD A.R., WAKEFIELD D.: *Chronic fatigue syndrome: current perspectives on evaluation and management*, in *Med. J. Aust.*, 1995; 163: 314-318.

<http://www.inail.it>

<http://www.salus.it>

<http://www.seer.cancer.gov>

KENDAL W.S.: *Suicide and cancer: a gender-comparative study*, in *Annals of Oncology*, February 2007; 18 (2): 381-387.

MADEIRA N., ALBUQUERQUE E., SANTOS T., MENDES A., ROQUE M.: *Death Ideation in cancer patients: contributing factors*, in *J. Psychosoc. Oncol.*, November 2011; 29 (6): 636-642.

MASPERO M.: *Mancata previsione di evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro?*, in *Rivista italiana di Medicina legale*, 2002; 3: 913.

MASSIE M.J., HOLLAND J.C.: *Overview of normal reaction and prevalence of psychiatric disorders*, in HOLLAND J.C., ROWLAND J.H., *Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer*, Oxford University Press, New York, 1989; 273-282.

MICCINESI G., CROCETTI E., BENVENUTI A., PACI E.: *Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy*, in *Eur. J. Cancer*, 2004; 40: 1053-1057.

MONTANARO F. *et al.*: *Survival of pleural malignant mesothelioma in Italy: A population-based study*, in *International Journal of Cancer*, 2009; 124: 201-207.

PIRAS P., SALE C.: *Atti auto ed eterolesivi e responsabilità dello psichiatra*, in *Cassazione penale*, 2010; 4: 1471.

POMPILI M., SERAFINI G., FORTE A., DEL CASALE A., INNAMORATI M., TATARELLI R.: *Rischio di suicidio in pazienti affetti da cancro*, in *Med. Psicosom.*, 2008; 53 (4): 105-116.

ROBINSON D., RENSHAW C., OKELLO C., MØLLER H., DAVIES E.A.: *Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study*, in *Br. J. Of Cancer*, 2009; 101: 198-201.

ROBSON A., SCRUTTON F., WILKINSON L., MACLEOD F.: *The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature*, in *Psychooncology*, December 2010; 19 (2): 1250-1258.

SCHRAUB S.: *Cancer and suicide*, in *Bulletin of Cancer*, 1985; 72: 48-51.

SPENCER R.J. *et al.*: *Clinical correlates of suicidal thoughts in patient with advanced cancer*, in *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, April 2012; 20 (4): 327-336.

TORTA R.G.V.: *Il razionale e la scelta degli antidepressivi in oncologia*, in *NÓOς Aggiornamenti in Psichiatria*, Novembre 2011; 3: 201-227.