

Commento:

Questo paziente è affetto da schizofrenia e da probabile morbo di Alzheimer. I suoi pericolosi disturbi comportamentali, come riferito dalla moglie e dal figlio, rendono necessario il trattamento in ospedale per un certo periodo di tempo, e che venga nominato un tutore.

Comunque, il fatto che alcuni altri membri della famiglia non credano che possa essere pericoloso per sé e per gli altri (rubinetto del gas dopo aver cotto, minacciare con un coltello per es.) dovrebbe indirizzare verso questa domanda: c'è un conflitto specifico con la moglie e con il figlio che vive con lui? Ciò sostanzialmente non cambierebbe la decisione presa, ma aiuterebbe di più l'organizzazione della dimissione dall'ospedale dopo il trattamento.

Il paziente ha una patologia medico-chirurgica acuta, una ritenzione urinaria, che se non trattata potrebbe avere gravi complicazioni e perfino la morte in un periodo di pochi giorni. In più ha un disturbo mentale non diagnosticato che, indifferente dalla sua natura o dalla diagnosi, è abbastanza serio a causa dei comportamenti che mettono a rischio lui e gli altri. In molti stati, in queste circostanze, Victor potrebbe essere internato (ospedalizzazione non volontaria). L'autonomia personale e la libertà dovranno essere sacrificate per il suo bene o per la tutela degli altri.

Nel campo della salute mentale, quando una per-

sona necessita di trattamento, si deve fare ogni tentativo per evitare un ricovero obbligatorio. “Ricovero obbligatorio” significa ammissione e ricovero in ospedale, o luogo di cura simile, per il trattamento di una persona affetta da disturbo mentale, senza che questa lo abbia richiesto. Un paziente può essere ricoverato in questo modo solo quando, a causa del suo disturbo mentale, costituisce un grave pericolo per sé e per gli altri. Dato importante è che il paziente non sia in grado di decidere per se stesso in merito al trattamento psichiatrico.

CASE REPORT N° 26**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

Tim è un uomo di 63 anni che vive con la moglie. Non ha figli ed è in trattamento con chemioterapia palliativa per un cancro intestinale metastatizzato. Sembra rispondere bene ma aveva dovuto essere ricoverato in psichiatria quattro mesi prima a causa di una grave depressione caratterizzata da umore depresso, anedonia, riduzione del sonno, ansia e idee di riferimento confinanti con il delirio. Ha mostrato qualche miglioramento, ma assume i farmaci con molta riluttanza e dopo ripetuti tentativi di persuasione, dichiara che "non è questo il punto", nonostante l'evidenza e l'opinione medica dicano il contrario. Il suo rifiuto è chiaramente associato agli episodi depressivi, ma la moglie sembra colludere con lui essendo una sostenitrice della medicina alternativa. Vi è il dubbio che non gli dia le medicine.

S. Bloch
AUSTRALIA

Domanda: **deve lo psichiatra utilizzare trattamenti fisici o mentali contro la volontà del paziente?**

- 1) SI, il paziente è affetto da depressione melancolica che gli impedisce di aderire al trattamento che potrebbe prolungargli la vita.
- 2) NO, il paziente non è dichiarato mentalmente incapace di intendere e può assumersi responsabilità relativamente alla propria vita.

Commento:

Il cancro è spesso associato a depressione, il che non aiuta la compliance nei confronti del trattamento con-

tro il cancro. Affetto da un grave episodio depressivo, poteva non accettare una cura obbligatoria. Ma il paziente è compliant e assume i farmaci, anche se con riluttanza e nonostante i timori della moglie. I suoi dubbi possono essere correlati alla depressione ma nulla sembra indicare che non sia in grado di decidere. Pertanto non può essere obbligato ad aderire di più alle cure, anche se potrebbe essere stimolato e l'équipe medica dovrebbe fare del suo meglio per ottenere l'aiuto della moglie e degli altri membri della famiglia. E' ancora in grado di prendere decisioni autonome e questo deve essere rispettato.

CASE REPORT N° 27**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

Arnold è un ventiquattrenne disoccupato che vive indipendentemente in una casa vicino ad una vasta proprietà dei suoi genitori. E' fortemente legato a gruppi "alternativi" e "pacifisti". Fu inviato ai servizi psichiatrici da lavoratori esterni alla comunità che avevano a cuore il suo stato fisico e mentale. Mangiava poco e appariva malnutrito ed emaciato. Poteva a malapena camminare ed era collassato parecchie volte. Era sopravvissuto assumendo solo una scarsa dieta vegetariana. Alto 184 cm e pesante 44 Kg, il suo indice di massa corporea era solo 13. la madre riferì che aveva iniziato a perdere peso circa 4 anni prima quando iniziò ad interessarsi di medicina alternativa e di diete. Aveva letto molto materiale sulla nutrizione alternativa ed era convinto che i vegetariani fossero le persone più felici. Credeva che i cibi non-organici fossero tossici per gli organi vitali e che fossero preparati a seguito di una "cospirazione" che interessava cibo e medicine. Proclamava che i prodotti di latteria "formavano muco" intorno alla gola, interferendo così con l'assorbimento. Credeva anche che mangiare radici vegetali equivalesse ad "uccidere" il vegetale e che il suo digiuno lo avrebbe fatto vivere più a lungo. Tre anni prima si spostava con un furgone da solo, era scarmigliato, e girava per la città con solo una coperta addosso, diventando verbalmente aggressivo quando contraddetto. Cominciò a soffrire occasionalmente di incontinenza urinaria. Al momento del ricovero, nonostante la minaccia alla sua vita da parte dei cambiamenti fisiologici, insisteva che il suo peso era adeguato e sosteneva che, se era sopravvissuto con questa dieta così a lungo, la sua assunzione di cibo doveva essere adeguata. Asseriva che le persone sono fatte in forme e taglie differenti e commentava che chi è obeso non è ricoverato. Non

accettava i risultati delle lastre, degli esami ematochimici, dell'elettrocardiogramma ecc. Non era interessato ad un consulto col servizio psichiatrico ed era, di norma, diffidente verso i medici. Arnold causò una difficoltà diagnostica e un problema di gestione. Fu necessaria una nutrizione urgente tramite sondino naso-gastrico contro la sua volontà come se fosse un paziente ricoverato obbligatoriamente. Mentre subiva il trattamento pensava che i medici fossero dei "fascisti" e che, come libero cittadino, aveva il diritto di mangiare ciò che voleva e di non aderire agli ideali convenzionali occidentali. Non aveva coscienza di essere un malato mentale e accusava il sistema di essere intollerante nei confronti delle credenze e degli stili di vita alternativi.

S. Bloch

AUSTRALIA

Domanda: **si poteva nutrire il paziente contro la sua volontà?**

1) SI, lo stato fisico del paziente era compromesso al punto che costituiva un pericolo immediato per la sua vita. Per il bene del paziente e la salvaguardia della sua salute e della sua vita è permessa un'alimentazione forzata.

2) NO, il paziente ha il diritto di determinare la propria filosofia di vita e di comportarsi di conseguenza. Non ha perso la sua salute e pretende di avere il rispetto della società per i suoi desideri, almeno fino a che non infranga i diritti degli altri.

Commento:

Molte credenze deliranti obnubilano il giudizio del paziente così che la sua autonoma decisione all'agire è gravemente compromessa.

Il paziente era a forte rischio di morte, più presto che tardi, se i medici non avessero fatto qualcosa. Il modo delirante di gestire la sua assunzione di cibo e il suo modo abitualmente isolato di condurre la propria vita fanno probabilmente parte di un disturbo schizofrenico. Lasciarlo senza cure lo avrebbe condotto sicuramente alla morte.

Casi meno gravi di questo genere sono molto più problematici quando vi è un chiaro atteggiamento delirante nell'assunzione di cibo, una grave perdita di peso, che metterebbero a rischio la salute del paziente (ad esempio tendenza alle infezioni, avitaminosi) se non vi fosse un diretto ed immediato intervento per la vita. Allora l'intervento dei medici sarebbe molto più complicato.

CASE REPORT N° 28**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

Un paziente quarantatreenne era affetto da schizofrenia da quando aveva 20 anni. Attualmente appariva come una forma cronica, con deficit cronico, prevalenza di sintomi negativi, e costante presenza di deliri. Questo lo si sapeva dalla madre del paziente in quanto lui stesso rifuggiva il contatto con un medico. Non era mai stato aggressivo verso gli altri né aveva mai presentato un quadro sintomatologico che soddisfacesse i criteri del ricovero obbligatorio. Recentemente la madre aveva notato un aggravamento del suo stato di salute con aumento dei sintomi positivi che compromettevano il suo funzionamento sociale. Ella richiese un ricovero obbligatorio, ma nel miglior interesse per il paziente, lo psichiatra prescrisse risperidone in forma di soluzione da aggiungere alla minestra da parte della madre. Ciò diede un buon risultato – il paziente cominciò a portare fuori il suo cane per la prima volta in sei anni.

C. Hoschl

REPUBBLICA CECA

Domanda: era permesso allo psichiatra collaborare con la madre assistendola nel procurarle il farmaco da somministrare al paziente senza che questi ne fosse a conoscenza?

- 1) SÌ, il bene per la salute del paziente giustifica questa azione.
- 2) SÌ, era possibile per il medico fornire la prescrizione per il paziente. Le azioni successive della madre non sono di pertinenza del medico.
- 3) NO, il paziente e solo il paziente è trattato dallo psichiatra che è il solo con la responsabilità operativa. Al medico non è permesso operare privando il paziente della sua indipendenza.

Commento:

In linea di principio un paziente ha il diritto di avere accesso alle informazioni che riguardano la sua salute. Trattare un paziente senza che egli ne sia a conoscenza di solito non è considerato etico.

In più, prescrivendo un farmaco ad un paziente senza visitarlo non è accettabile e implica responsabilità legali in caso di gravi effetti collaterali.

Una cura senza una visita e senza la piena consapevolezza del paziente è già una brutta premessa; farlo senza che il paziente abbia avuto la possibilità di conoscere la sua condizione di salute e di essere attivamente partecipe nel suo trattamento viola la sua autonomia, argomenti che né il dottore né la madre del paziente sembrano conoscere bene. L'argomento utilitaristico che vi è stato un miglioramento non modifica il fatto che, deontologicamente parlando, l'inganno non è mai una buona base di partenza.

Vi possono essere però un certo numero di situazioni nelle quali questa soluzione può essere considerata: ad esempio se il paziente non è in grado di capire, o se il paziente vive in un luogo molto remoto e non vi sono medici nelle vicinanze, come accade in molte regioni dei paesi in via di sviluppo. Il diritto del paziente ad essere informato può essere soggetto a limitazioni al fine di prevenire gravi danni alla sua salute. In ogni caso questo privilegio è aperto a grandi abusi e gli psichiatri lo dovrebbero usare solo in casi estremi.

CASE REPORT N° 29

OGGETTO: TRATTAMENTO NON NECESSARIO

Una donna di 26 anni contatta uno psichiatra perché disorientata da una situazione che non riesce a gestire.

Era nata da genitori immigrati turchi e condotta in un paese dell'Europa occidentale. Nel rispetto delle norme e dei valori consoni alla sfera del comportamento femminile ella sentiva di essere divisa fra due culture. Aveva avuto relazioni sessuali non note ai suoi genitori che stavano organizzando il suo matrimonio con un giovane turco. E' consapevole che le aspettative dei suoi suoceri sono tradizionaliste e che accetteranno solo una vergine come nuora.

Con riluttanza contatta il suo medico di famiglia per un consiglio e un'informazione sul ripristino della sua verginità. Si scontra con un rifiuto dal momento che il medico non può consigliare ciò che è difeso da una tradizione che non permette ad una donna di scegliere con libertà il suo partner sessuale.

La giovane è afflitta dal fatto che la data del matrimonio si sta avvicinando e crede che la sua famiglia sarà disonorata e che ella stessa diverrà oggetto di disprezzo.

Domanda: **era giustificato il medico a rifiutarsi di operare la paziente?**

- 1) SI, i pazienti non possono ordinare ai medici il trattamento, specialmente in caso di interventi chirurgici non necessari.
- 2) SI, il risultato di considerare l'interesse della paziente sarebbe entrato in conflitto con le tradizioni culturali della sua comunità.
- 3) NO, fornire le cure richieste avrebbe beneficiato la paziente e migliorato la sua salute mentale.
- 4) NO, con il rifiuto del trattamento il danno previsto per la donna sa-

rebbe stato incommensurabilmente più grande che non un'offesa opinabile alle aspettative dello sposo e della sua famiglia. In ogni caso il trattamento dovrebbe essere effettuato in segreto.

Commento:

Molti interventi medici o chirurgici non sono necessari. Testimoni le prescrizioni di diete e la maggior parte della chirurgia estetica. La vanità non è una malattia, ma milioni di persone richiedono il trattamento per conservarla intatta. Questa richiesta di ripristino dell'imene potrebbe essere interpretata come un episodio di vanità, anche se colorato da aspetti culturali e, se non eseguito, con possibili terribili conseguenze. Questo è un caso tipico di perdita di sensibilità culturale. Il medico avrebbe dovuto, almeno, consultarsi con un medico della stessa nazionalità o della stessa regione della paziente. Allora l'informazione sarebbe stata quella che tale tipo di intervento è fatto molto frequentemente, al fine di salvare la faccia alla ragazza e alla sua famiglia.

E' ipocrita, ma può salvare la vita di una ragazza non più vergine, anche quando vive in un paese dell'Europa Occidentale. Il peso delle tradizioni è così pesante, la presenza della famiglia e dei parenti così importante, e la dipendenza degli individui, specie donne, dalla loro comunità così cruciale che una trasgressione simile avrebbe condotto ad un allontanamento definitivo dalla comunità, e spesso alla uccisione della ragazza stessa. Ma se la ragazza vuole acquisire maggior autonomia rispetto alla famiglia e alle tradizioni, il compito del medico è quello di aiutarla in questo sforzo duro e difficoltoso.

CASE REPORT N° 30**OGGETTO: RICOVERO OBBLIGATO**

Una donna trentasettenne, sposata, madre di due gemelli di 4 anni, con formazione medica, fu assunta presso un'organizzazione governativa. Fin dai primissimi giorni prese le distanze dai colleghi. Adempiva agli ordini dell'amministrazione ma frequentemente appariva distratta dai suoi compiti. Dopo quattro settimane i colleghi notarono il suo comportamento bizzarro: parlava ad alta voce, criticava gli altri, esibiva apertamente il dipingersi le dita e beveva caffè in continuazione. Cercarono di parlare con lei ma ella si spostò velocemente verso la finestra del suo ufficio al tredicesimo piano. Gridava che impronte digitali sconosciute la circondavano e che stava cercando di trasmettere l'informazione direttamente al responsabile dell'ufficio di sicurezza della contea. Il direttore contattò il marito che gli riferì di conoscerla da cinque anni e di non essere a conoscenza che avesse mai consultato uno psichiatra, ma che era comparso qualche problema mentale di scarsa rilevanza subito dopo la nascita dei gemelli. Il marito giunse in ufficio ma la donna non gli permise di avvicinarsi. Tentò di gettarsi dalla finestra e la polizia, con il supporto di ambulanziere, la condusse all'ospedale psichiatrico. Al pronto soccorso la donna, il marito e il fratello rifiutarono il ricovero. Gli psichiatri di guardia la lasciarono andare a casa sotto il controllo e la responsabilità della famiglia.

G. Naneishvili

GEORGIA

Domanda: si doveva lasciar uscire la paziente dall'ospedale?

1) Sì, ognuno, incluso il malato di mente, ha diritto all'indipen-

denza personale e a vedere rispettati i suoi voleri. Era obbligatorio rispettare la volontà della donna di tornare a casa, specialmente poiché era accompagnata dai membri della sua famiglia.

2) NO, il pronto soccorso aveva ricevuto informazioni relative al comportamento patologico della donna sul lavoro. Erano inoltre avvisati del recente tentativo di suicidio. Era perciò obbligatorio consigliare e/o persuadere la donna a sottoporsi ad un breve periodo di ospedalizzazione per formulare una diagnosi ed impostare un trattamento. Altrimenti avrebbero dovuto rivolgersi all'autorità preposta per essere ascoltati riguardo a questa possibilità.

Commento:

E' importante ricordare che dopo il parto molte donne sviluppano una depressione post partum. Questo sembra essere stato il caso di questa signora quattro anni fa. Un altro episodio patologico (depressione delirante, episodio maniacale o stato misto) può essere stato causato dalla nuova nomina governativa.

Il punto importante è capire se la paziente potesse essere curata a casa oppure no. La risposta a tale quesito dipende dalla qualità della famiglia e dai legami con la comunità. L'unico problema è costituito dal probabile minimizzare l'episodio di depressione post partum da parte del marito, il che può portare ad una perdita di compliance verso il trattamento nel caso lo stato di patologia rimanga sub acuto per molto tempo. Questo caso dimostra che la donna era affetta da un problema mentale in precedenza ed il suo comportamento al lavoro francamente anomalo, se non psicotico. Il rifiutare di approfondire le cause del

suo comportamento e, in aggiunta, il tentativo di suicidarsi tramite defenestrazione davanti al marito ed ai suoi colleghi di lavoro con conseguente intervento della polizia e dell'equipaggio dell'ambulanza, sono chiari segni che questa persona ha bisogno di aiuto. Chiunque non sia ricoverato obbligatoriamente ha il diritto di lasciare l'ospedale in qualsiasi momento. Comunque l'autonomia individuale di decidere sul trattamento non impone agli altri il dovere di accettare un comportamento distruttivo o ad un datore di lavoro di accettare comportamenti che possano creare un clima di insicurezza sul luogo di lavoro. Come la paziente può assumere la sua decisione riguardo l'accettare o meno il trattamento, così il datore di lavoro può decidere di interrompere il contratto dato che era stata appena assunta e che probabilmente si trovava ancora in un periodo di prova.

Un altro punto riguarda la responsabilità dei medici del pronto soccorso nel lasciarla uscire. Se il suo comportamento sul lavoro è talmente distruttivo da considerarlo psicotico, è impensabile che sarà differente a casa dove si aggiunge la complicazione di doversi prender cura dei bambini i quali, allora, potrebbero essere esposti a rischio. Per quanto vasto possa essere il sistema familiare, il comportamento psicotico e distruttivo sarebbe fuori dalla regola e un carico impossibile da imporre ad una famiglia. Lo Stato rappresentato dal sistema sanitario non ha ottemperato alle sue responsabilità verso la donna e la sua famiglia e ha posto lei e gli altri, non ultimi i bambini, a rischio.

CASE REPORT N° 31**OGGETTO: RICOVERO NON NECESSARIO**

Un uomo di 58 anni, con diagnosi di schizofrenia paranoide in completa remissione, è collocato in un ospedale psichiatrico per 8 mesi, poiché non ha un'abitazione privata dove risiedere. Il paziente non ha un tutore ufficiale. Il fratello, che ha venduto la casa del paziente senza permesso, rifiuta di riprenderlo dall'ospedale e di prendersi cura di lui. Il paziente è costretto a restare in ospedale dove vengono soddisfatte solo le necessità minime di base per vivere.

G. Naneishvili

GEORGIA

Domanda: il paziente può essere dimesso dall'ospedale?

- 1) NO, la stabilizzazione psichiatrica si suppone collegata con la salute mentale, senza tener conto se il paziente risiede o meno in una istituzione. In questo caso, togliere il paziente dall'istituzione provocherebbe un ritorno a condizioni seriamente patologiche.
- 2) SI, il compito dell'istituzione è di fornire cure a pazienti che necessitano di trattamento in ambiente chiuso.
- 3) SI, ma solo dopo che la direzione dell'istituzione avrà verificato che le autorità esterne qualificate abbiano accettato di assumersi continuativamente la responsabilità del paziente.

Commento:

Troppo spesso, e questo è un problema in tutto il mondo, i reparti psichiatrici hanno il ruolo di ricovero per problemi sociali. E' chiaro che, spesso, chi ha grandi difficoltà sociali ha egualmente disturbi psi-

chiatrici: un circolo vizioso aggrava i problemi di un tipo con quelli dell'altro.

Nei paesi in via di sviluppo, dove la famiglia è il principale elemento sociale di supporto, la sua scomparsa, per le persone fragili, rappresenta il taglio di tutti i legami sociali e conduce al vagabondaggio. Il dilemma risiede nel fatto che dimettendo il paziente lo si lascerebbe morire per la strada dopo poche settimane o mesi. D'altra parte, occupare tutti i letti con simili casi sociali non permetterebbe il ricovero di coloro che realmente si trovano nella necessità di essere ricoverati, specialmente le urgenze psichiatriche.

La soluzione, se possibile, è quella di convincere le autorità locali ad istituire dei centri sociali per questi casi e di inviare uno psichiatra una o due volte la settimana per visitare coloro che necessitano di un aiuto psichiatrico.

In questo caso specifico è strano che il fratello abbia venduto la casa senza il permesso del paziente; d'altra parte, il paziente non era supportato da un assistente sociale dell'istituzione psichiatrica. Si deve trovare una soluzione giudiziaria per questo specifico problema.

Il centro di questo problema sono i diritti umani. Lo stato ha il diritto di imprigionare un paziente psichiatrico sotto la forma di un trattamento quando il paziente non ne ha bisogno? Il ricovero in un istituto psichiatrico è una forma di deprivazione della libertà, quindi è una carcerazione sotto altro nome. Oltre alla perdita della libertà e di opportunità in società, questo paziente è

anche esposto ad altre restrizioni nella sua vita come è consueto in quelle istituzioni, perfino con possibilità di abusi, anch'essi frequenti. Perciò i suoi diritti umani e civili sono stati violati e il caso è un chiaro esempio di stigmatizzazione e di discriminazione. Il paziente necessita di servizi di supporto e lo stato dovrebbe essere obbligato a fornirli a differenti livelli e sfumature, secondo le necessità. L'allocazione delle risorse per la salute dovrebbe includere un'adeguata porzione per questo tipo di necessità. Ogni paziente ha diritto alla sicurezza economica e ad un decente standard di vita. Il paziente ha il diritto di essere curato, accudito e di avere un lavoro nel luogo in cui vive.

CASE REPORT N° 32**OGGETTO: RICOVERO NON NECESSARIO**

Una quarantasettenne disoccupata, con diagnosi di schizofrenia, era stata più volte trattata presso un ospedale psichiatrico. Aveva vissuto con suo marito e aveva perso ogni contatto con gli altri parenti. Durante le fasi di remissione era solita fare lavori di lavanderia presso una country house. Negli ultimi anni viveva sola poiché il marito l'aveva lasciata.

Per 2 anni udì voci che le davano dei comandi. Sotto la loro influenza distrusse la sua casa col fuoco, fu arrestata dalla polizia e ospedalizzata. Dopo pochi anni il suo stato mentale era stabilizzato; ora era sinceramente dispiaciuta per ciò che aveva fatto. Nello stesso tempo non aveva alcun posto dove vivere dopo la dimissione. Non vi sono residenze protette nella zona e questo è il motivo per cui è ancora in ospedale. Non ha alcuna prospettiva di migliorare la sua condizione abitativa nell'immediato futuro.

G. Naneishvili

GEORGIA

Domanda: **si può dimettere la paziente dall'ospedale?**

1) NO, si suppone che la stabilizzazione psichiatrica sia collegata con la salute mentale, senza contare se il paziente risiede o no in una struttura. In questo caso lo spostare la paziente potrebbe riportarla a condizioni di grave patologia.

2) SI, il compito dell'istituzione è quello di provvedere alle cure solo per pazienti che necessitino di trattamento in condizioni di ricovero.

3) SI, ma solo dopo che la direzione dell'istituzione avrà verificato che le autorità esterne qualificate abbiano accettato di assumersi continuamente la responsabilità del paziente.

Commento:

In questo caso valgono commenti simili a quelli validi per il caso precedente.

CASE REPORT N° 33**OGGETTO: OSPEDALIZZAZIONE**

Nottetempo una ventiseienne fu condotta dalla polizia al pronto soccorso di un grande ospedale psichiatrico. Il giorno precedente era stata arrestata per sospetto furto e messa in carcere. In carcere divenne improvvisamente agitata, sebbene non avesse mai avuto precedentemente problemi mentali. La polizia la considerò una paziente psichiatrica che non poteva trattenere e la trasferì all'ospedale psichiatrico, che è l'unico presidio che lavora 24 ore al giorno e che tratta prevalentemente pazienti gravemente psicotici. Lo psichiatra in turno rilevò che la donna proveniva da un'altra città e che era gravida al terzo mese poiché aveva una regolare certificazione redatta da un ostetrico. La clinica ginecologica dapprima rifiutò di ricoverarla a causa dello scompenso psichico acuto, spiegando che era al di fuori della propria competenza professionale e che non sussistevano indicazioni ginecologiche per un ricovero. Durante la visita la donna non mostrò alcun sintomo o disturbo psichiatrico, eccetto una leggera ansia situazionale. In più la donna voleva rimanere in ospedale poiché non aveva denaro o un posto dove passare la notte. Anche la polizia insisteva che non poteva essere rinviata in carcere. In accordo con gli obiettivi dell'ospedale psichiatrico, solo i pazienti psicotici e quelli pericolosi per sé e per gli altri potevano essere ammessi nei reparti di degenza. In più l'ambiente di psicotici non sarebbe stato consono per una donna gravida.

T. Cavic, D. Lecic-Tosevski
SERBIA E MONTENEGRO

Domanda: la donna doveva essere dimessa dall'ospedale?

1) NO, dimetterla nel mezzo della notte ne avrebbe accresciuto

l'ansia e l'agitazione poiché non aveva né soldi né un luogo dove passare la notte.

2) Sì, poiché solo i pazienti psicotici e quelli pericolosi per sé e per gli altri possono essere ricoverati nei reparti di urgenza psichiatrica.

Commento:

E' ovvio che la donna ha delle necessità di base alle quali si deve dare risposta: cibo, riparo, gestione della gravidanza e del parto. Il ricovero in un reparto chiuso di psichiatria, dove i pazienti possono essere agitati e talvolta violenti non è umanamente accettabile in assenza di disturbi mentali, specialmente per una donna gravida. Si tratta di un caso sociale e non dovrebbe appartenere alla psichiatria.

Di base il problema è la perdita di un'adeguata rete sociale che possa aiutarla con un immediato, urgente, supporto per un breve periodo di tempo finché non vengano reperite altre risorse. In definitiva lo stato non può mandare questa persona sulla strada a metà della notte, specialmente nelle sue condizioni di gravidanza.

CASE REPORT N° 34

OGGETTO: OSPEDALIZZAZIONE DI CARCERATI

Un cinquantaduenne ospite di una prigione, dopo aver sofferto per parecchie settimane di ansia, depressione e idee suicidarie fu inviato allo psichiatra di guardia di un ospedale per impostare un trattamento. Colpevole di frode era stato condannato a 2 anni di prigione ed aveva espiato metà della sua pena.

Dopo pochi giorni di ospedale egli migliorò notevolmente. Si trovava bene nel reparto e riceveva costantemente visite da parte di membri della sua famiglia e di amici. Dopo un mese di ricovero fu deciso che sarebbe stato dimesso dall'ospedale e che sarebbe tornato in prigione. Dopo aver udito questa decisione ebbe una ricaduta e ripresentò ideazione suicidaria. Dopo ulteriori 15 giorni di ricovero la sua salute migliorò rapidamente ma presentò una nuova ricaduta 2 giorni dopo aver dovuto rientrare in prigione.

M. El Yazaji
MAROCCO

Domanda: che decisione si doveva prendere riguardo al prigioniero, in questo caso?

- 1) Il prigioniero avrebbe dovuto essere immediatamente rinvio in prigione. La funzione del processo terapeutico è di aiutare questa persona a maturare e ad assumersi le proprie responsabilità nei confronti della società.
- 2) Il ricovero avrebbe dovuto proseguire perché sappiamo che le carceri sono ambienti patogenici e questo individuo non ha le risorse personologiche per potervi sopravvivere.

Commento:

Sfortunatamente le prigioni sono diventate depositi di pazienti psichiatrici ovunque nel mondo. E' un obbligo dello stato fornire loro in carcere un trattamento sotto forma di consultazione psichiatrica oppure di far riferimento a normali cliniche psichiatriche così come accade siano trattati gli altri carcerati con altre patologie mediche. Molti carcerati sono affetti da qualche forma di disturbo mentale, per lo più di tipo ansioso o depressivo. Altri soffrono di schizofrenia, di disturbi bipolari e di disturbi da abuso di sostanze. In questo caso il problema è che la depressione e le idee di suicidio all'inizio erano genuine. Dopo ha scoperto che la sua psicopatologia era la via di fuga dalla sua condanna al carcere e l'ha usata più o meno come un modo per ottenere dei vantaggi dalla sua malattia. Questo era mescolato con un'autentica sofferenza provocata dall'idea di ritornare nell'ambiente carcerario. Il quesito è quanta manipolazione ci sia nei sintomi che dichiara al medico. Il paziente deve accettare la propria responsabilità riguardo la sua azione criminale e l'ospedale non può tenerlo ricoverato per il resto della sua condanna, né inviare il messaggio che è giusto per i carcerati soggiornare in ospedale psichiatrico secondo la loro volontà.

Il problema per l'équipe curante è il verificarsi di un effettivo suicidio di questo paziente se tornasse in carcere. Una possibile soluzione potrebbe essere, per il medico, quella di organizzare in carcere regolari visite al paziente.

Gli obblighi professionali e morali per i clinici includono una completa e spassionata analisi di elementi diagnostici basandosi sui quali essi decidono la gestione e il trattamento.

Commento:

Sfortunatamente le prigioni sono diventate depositi di pazienti psichiatrici ovunque nel mondo. E' un obbligo dello stato fornire loro in carcere un trattamento sotto forma di consultazione psichiatrica oppure di far riferimento a normali cliniche psichiatriche così come accade siano trattati gli altri carcerati con altre patologie mediche. Molti carcerati sono affetti da qualche forma di disturbo mentale, per lo più di tipo ansioso o depressivo. Altri soffrono di schizofrenia, di disturbi bipolari e di disturbi da abuso di sostanze. In questo caso il problema è che la depressione e le idee di suicidio all'inizio erano genuine. Dopo ha scoperto che la sua psicopatologia era la via di fuga dalla sua condanna al carcere e l'ha usata più o meno come un modo per ottenere dei vantaggi dalla sua malattia. Questo era mescolato con un'autentica sofferenza provocata dall'idea di ritornare nell'ambiente carcerario. Il quesito è quanta manipolazione ci sia nei sintomi che dichiara al medico. Il paziente deve accettare la propria responsabilità riguardo la sua azione criminale e l'ospedale non può tenerlo ricoverato per il resto della sua condanna, né inviare il messaggio che è giusto per i carcerati soggiornare in ospedale psichiatrico secondo la loro volontà.

Il problema per l'équipe curante è il verificarsi di un effettivo suicidio di questo paziente se tornasse in carcere. Una possibile soluzione potrebbe essere, per il medico, quella di organizzare in carcere regolari visite al paziente.

Gli obblighi professionali e morali per i clinici includono una completa e spassionata analisi di elementi diagnostici basandosi sui quali essi decidono la gestione e il trattamento.

CASE REPORT N° 35**OGGETTO: OSPEDALIZZAZIONE DI CARCERATI**

Un paziente di 45 anni ha commesso 10 anni fa un crimine finanziario e come conseguenza nei prossimi mesi sarà incarcerato. Chiese di essere ricoverato in un ospedale psichiatrico. Era a capo di un'importante azienda. Secondo la moglie, negli ultimi 6 anni, era mentalmente cambiato. Aveva sviluppato deliri di persecuzione e di fatto erano i suoi impiegati a condurre l'azienda. Lo scorso anno durante un peggioramento sintomatologico gli fu diagnosticato un disturbo paranoide ed egli commise un importante tentativo suicidario. In un ospedale psichiatrico fu trattato con risperidone con buoni risultati. Durante la valutazione psichiatrica furono presi in considerazione un disturbo depressivo e una discutibile diagnosi di schizofrenia. Non vi è una stretta necessità di ricovero. Il paziente però richiede un consulto ad un ospedale, ma rifiuta di sottoporsi al trattamento psicofarmacologico. Proclama di non essere malato; invero, in tal modo, il paziente cerca di evitare il carcere.

C. Hoschl
REPUBBLICA CECA

Domanda: l'imputato dovrebbe essere ricoverato in un ospedale psichiatrico?

1) Sì, l'imputato è un paziente psichiatrico che è stato ricoverato in passato e, su un piano clinico, dovrebbe essere ricoverato anche ora. La sua asserzione di non essere malato e che la sua richiesta origina dal desiderio di evitare il carcere può essere considerata parte di un disturbo psichiatrico. C'è da sperare che durante

un ricovero sia d'accordo ad accettare un trattamento farmacologico simile a quello che gli era stato somministrato con esito positivo in precedenza. Il ricovero dovrebbe avvenire per avere una valutazione psichiatrica.

2) NO, l'imputato era stato condannato al carcere e secondo la sua stessa ammissione la richiesta di essere ricoverato non era fatta per ottenere un trattamento di cura, ma per evitare la condanna.

Commento:

La responsabilità personale e l'accettazione delle conseguenze delle proprie azioni fanno parte dell'essere adulto e in grado di far parte di un qualsiasi gruppo sociale.

Questo paziente non può chiedere da un lato di essere ricoverato per la sua patologia invece di essere imprigionato e dall'altro rifiutare di essere curato. La discrepanza può essere dovuta alla sua malattia e questo parla a favore della sua ospedalizzazione, almeno per un inquadramento diagnostico.

Il quesito di rito che il giudice pone ad un perito è: "l'imputato era mentalmente malato e non in grado di intendere quando ha commesso il reato o il crimine?". Se la risposta è negativa il giudice incarcererà la persona, anche se diventa successivamente mentalmente malato.

Essere un carcerato affetto da schizofrenia paranoide o da depressione non è inconsueto. Le cure potrebbero iniziare in ospedale e proseguire in carcere.

La malattia mentale può essere usata talvolta come scusa per alcune azioni compiute e ogni paese possiede dei parametri per regolamentare queste eccezioni. Questo non era vero per il caso in questione perché il disturbo mentale non era in discussione sia all'epoca del crimine che al momento della sentenza. Le considerazioni sull'allocazione delle risorse richiedono che le risorse siano usate per coloro che ne hanno bisogno, non per coloro che le vogliono. Solo un'accurata valutazione della persona può determinare il bisogno dei servizi. L'obbligo etico del clinico in questo caso è quello di effettuare tale valutazione e di decidere in conseguenza di quanto ha rilevato.

CASE REPORT N° 36**OGGETTO: TESTIMONIANZA DI PERITI**

Un ventinovenne lavoratore turco, giunto in Germania 4 anni prima, pugnalò la moglie ferendola gravemente. La vita della donna fu salvata solo perché il marito la trasportò velocemente all'ospedale per un intervento chirurgico d'urgenza. In tribunale entrambi asserirono di aver avuto una litigata prima della colluttazione in auto. Lei lo accusò di adulterio e gli disse che sarebbe andata a fare l'amore con il suo migliore amico e che l'amico sarebbe stato un miglior partito del marito. Le sue parole finali furono: "Voglio essere fottuta da un amante migliore e spero che chi ti ha fottuto ne abbia anche ricavato un buon godimento". L'imputato ricordò di aver colpito una volta, sebbene la vittima fosse stata pugnalata due, e di avere la memoria offuscata il che potrebbe essere segno di un profondo disturbo della coscienza, una ragione per mitigare la punizione, secondo la legge tedesca. Nel frattempo la coppia si era riappacificata e voleva proseguire il matrimonio.

Dopo la valutazione psichiatrica, che non evidenziò alcun disturbo, il giovane volle recarsi a parlare con lo psichiatra sotto la copertura del segreto professionale, il che gli fu negato. A quel punto l'imputato cominciò a tremare, a gridare, a sudare e quasi collassò. Allora dichiarò di essere stato vittima di un abuso sessuale in Turchia e di essere stato visitato da un dottore all'epoca ma di non avergli parlato della violenza. Le uniche persone che erano a conoscenza del fatto erano il fratello, che aveva impedito all'imputato di sparare all'abusatore, ed ora lo psichiatra. Se qualcuno, nella comunità turca, lo avesse saputo egli avrebbe perso tutto il rispetto di se stesso; e sua moglie lo avrebbe lasciato perché non poteva essere padrone della sua stessa casa.

Questa opinione fu confermata da un esperto in cultura orientale. L'imputato preferiva una sentenza più severa piuttosto che svelare il suo segreto al giudice.

N. Nedopil
GERMANIA

Domanda: in questo caso ci si sarebbe aspettato che lo psichiatra riferisse al giudice notizie sull'anamnesi del paziente?

1) SI, la funzione della testimonianza del perito è quella di assistere la corte nella ricerca e nella definizione della verità e di determinare correttamente il grado di responsabilità dell'accusato per gli atti compiuti. Il diritto della comunità ad avere un verdetto corretto è superiore agli interessi dell'accusato.

2) SI, l'accusato non era mai stato paziente dello psichiatra. Fu valutato sulla base della necessità di stabilire se le sue condizioni mentali gli permettessero di stare in giudizio e non per instaurare una relazione medico paziente. In più quando richiese allo psichiatra il permesso di parlargli del suo passato sotto segreto professionale questi rifiutò e ascoltò il racconto dell'accusato come un casuale uditore e non in funzione di medico curante.

3) NO, quando l'accusato rivelò il suo segreto allo psichiatra faceva affidamento sul segreto professionale. E' reale che non rivelò l'informazione ad altri che al fratello e al medico.

4) NO, l'accusato in qualità di adulto sano ha il diritto di comportarsi come crede e il dottore non ha il diritto di interferire.

Commento:

E' un atto ambivalente da parte dell'imputato parlare dell'abuso sessuale subito al perito, sebbene questi gli

abbia negato il segreto professionale in termini chiari. C'è un aspetto legale e uno psicologico nella confessione.

Dal punto di vista legale il perito è pagato dalla corte e ha il compito di riferire ogni singolo dettaglio che le sia necessario per giungere ad una decisione corretta.

Dal punto di vista psicologico ci si può chiedere se il fatto che il marito, in una condizione di catarsi emotiva, racconti ciò che gli accadde nel passato ad un medico che non è legato all'obbligo del segreto professionale non sia un modo per chiedergli che gli altri sappiano, nonostante la sua richiesta contraria.

Una soluzione tecnica potrebbe essere quella di informare il giudice privatamente "in separata sede" riguardo al materiale raccolto, specialmente la memoria offuscata e il profondo disturbo di coscienza che si collegano all'esperienza di stupro che quest'uomo ebbe nel passato.

I periti non sono i medici curanti delle persone che vengono loro inviate per perizia. Sono pagati dalla corte per fornire un parere e hanno l'obbligo di riferire tutte le informazioni ricevute attinenti al caso, sia indizi di colpa che proposte di giudizio. Un perito fallisce nel suo compito se nasconde informazioni pertinenti alla corte.

CASE REPORT N° 37

OGGETTO: CERTIFICATO MEDICO

Un paziente muore in un ospedale psichiatrico a seguito di una complicazione della sua patologia HIV/AIDS. Non era stato in grado di dare il suo consenso informato alla comunicazione della sua diagnosi primaria.

E' pratica comune per i membri del suo gruppo etnico di pagarsi, fin dalla tenera età, un "Piano Assicurativo per la Sepoltura". Ciò provvede ad un elaborato funerale come esige la tradizione di famiglia e per la quale altrimenti la famiglia dovrebbe caricarsi di considerevoli sacrifici finanziari.

Invece il "Piano Assicurativo per la Sepoltura" depriva l'individuo di ogni beneficio se la morte è dovuta a HIV/AIDS. Il medico eseguì correttamente la compilazione della cartella e le procedure. Sul certificato di morte consegnato alla famiglia non era richiesto di segnalare la compromissione dello stato immunitario del deceduto.

In un questionario inviato al medico per la compilazione, compare la necessità di rivelare poiché egli deve certificare la causa della morte. Se non completa il questionario non sarà versato alcun emolumento alla famiglia del morto dal Piano Assicurativo. Rifiutare la compilazione vorrebbe significare che la diagnosi richiesta è stata deliberatamente tenuta nascosta. La famiglia non otterrebbe alcun beneficio e la diagnosi sarebbe ovvia.

T. Zabow
SUD AFRICA

Domanda: in questo caso il medico dovrebbe indicare la causa di morte?

- 1) NO, il paziente non lo aveva autorizzato a rivelare il suo segreto.
- 2) NO, il medico non lo deve fornire per gli interessi economici della compagnia assicurativa.
- 3) SI, la valutazione medica di un dottore dovrebbe essere sempre completa, accurata e veritiera.

Commento:

Il medico non ha altra alternativa che quella di dire la verità sulla malattia della persona deceduta. La necessità superiore di avere dei dati corretti, in questo caso, dovrebbe prevalere sul danno personale. Il dilemma non è un interrogativo deontologico, ma un problema relativo alla conformità e all'accuratezza delle informazioni che devono essere fornite.

CASE REPORT N° 38**OGGETTO: TESTIMONIANZA DEL PERITO**

Una prostituta viene uccisa in circostanze piuttosto violente. Nessuno è stato testimone del crimine ma, un mese più tardi, la polizia arresta un giovane di 25 anni che riconosce le proprie responsabilità. Afferma di aver assunto 4 tavolette di ecstasy un'ora prima del crimine e non può spiegare i motivi del suo gesto. All'epoca non era stato eseguito alcun esame biologico e non era stato possibile eseguire nessun altro esame al tempo dell'arresto. Il giovane era già stato inviato ad un pronto soccorso psichiatrico un anno prima a seguito di un episodio psicotico acuto dopo uso di narcotici. L'inchiesta dimostra che aveva davvero acquistato ecstasy una settimana prima dell'omicidio e che non aveva nessun motivo oggettivo per commettere il delitto. Se il perito considera che ha agito sotto l'influenza della droga, allora il giovane sarà condannato ad un breve periodo di reclusione e ad eseguire obbligatoriamente un trattamento. Altrimenti, se il perito non riconosce il ruolo del narcotico, allora il giovane sarà condannato al carcere a vita.

G. Niveau
SVIZZERA

Domanda: La testimonianza dovrebbe essere influenzata dal supposto esito critico derivante dal riconoscimento o no della condizione medica dell'imputato?

1) NO, tutto ciò che è richiesto alla testimonianza del perito è rispondere al quesito medico o scientifico che è stato posto in aula di giudizio. Le conseguenze, senza tener conto della loro gravità, non sono da considerare.

2) Sì, più gravi sono le conseguenze della relazione peritale presentata al giudice, più pesante è la responsabilità posta sulle spalle del perito stesso che pertanto deve lavorare più sodo e con maggior accuratezza.

Commento:

Il perito ha il dovere di riferire al giudice ogni singolo elemento di cui è venuto a conoscenza. In quanto testimonia tecnica, egli non dovrebbe formulare pregiudizi sull'imputato, né in un senso che nell'altro.

E' chiaro che ogni perito ha la propria opinione in relazione al caso, ma ciò non dovrebbe interferire con il lavoro tecnico che egli deve riportare al giudice nel modo più oggettivo e completo.

Postfazione

E stato un grande onore per me ricevere l'invito del Prof. Carmi a tradurre in italiano questo libro, anche perché l'argomento mi sembra di pressante attualità e di importanza estremamente rilevante.

Nello svolgere il compito assegnatomi mi sono sempre più rafforzato nella convinzione che è ormai imprescindibile, in campo medico in generale ed in campo psichiatrico in particolare, raffrontarsi con l'etica in tutto il nostro agire quotidiano.

Ed è tornata in mente la frase di Jung: "sulla carta non vi è dubbio, il codice morale ha un aspetto chiaro e pulito, ma lo stesso documento scritto sulle tavole di carne del cuore è spesso un misero straccio proprio nell'anima di coloro che più ne hanno piena la bocca".

Tra le varie ipotesi di insegnamento etico quello attuato attraverso i casi clinici ci sembra l'approccio pragmaticamente più proficuo nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale; esso permette di portare l'etica psichiatrica nell'ambito pedagogico e pratico ed ha il vantaggio di procedere dall'individuale al collettivo.

La strutturazione del testo, lo spaziare tra argomenti i più diversi, il porre un quesito etico corredato da possibili differenti risposte che vengono poi discusse e commentate, è apparso estremamente stimolante. Nella valutazione etica è apparsa importante anche la considerazione delle differenze culturali, normative e sociali legate alle situazioni specifiche.

Dr. Antonio Colotto

Vice-Presidente del Centro europeo
di Bioetica e qualità della vita

Direttore Dipartimento Salute Mentale
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta

*Il presente volume è pubblicato grazie al contributo
della Regione Autonoma Valle d'Aosta – Assessorato Sanità,
Salute e Politiche Sociali e dell'Azienda
U.S.L. della Valle d'Aosta*



finito di stampare nel mese di giugno 2010
dalla Tipografia Pesando - Aosta