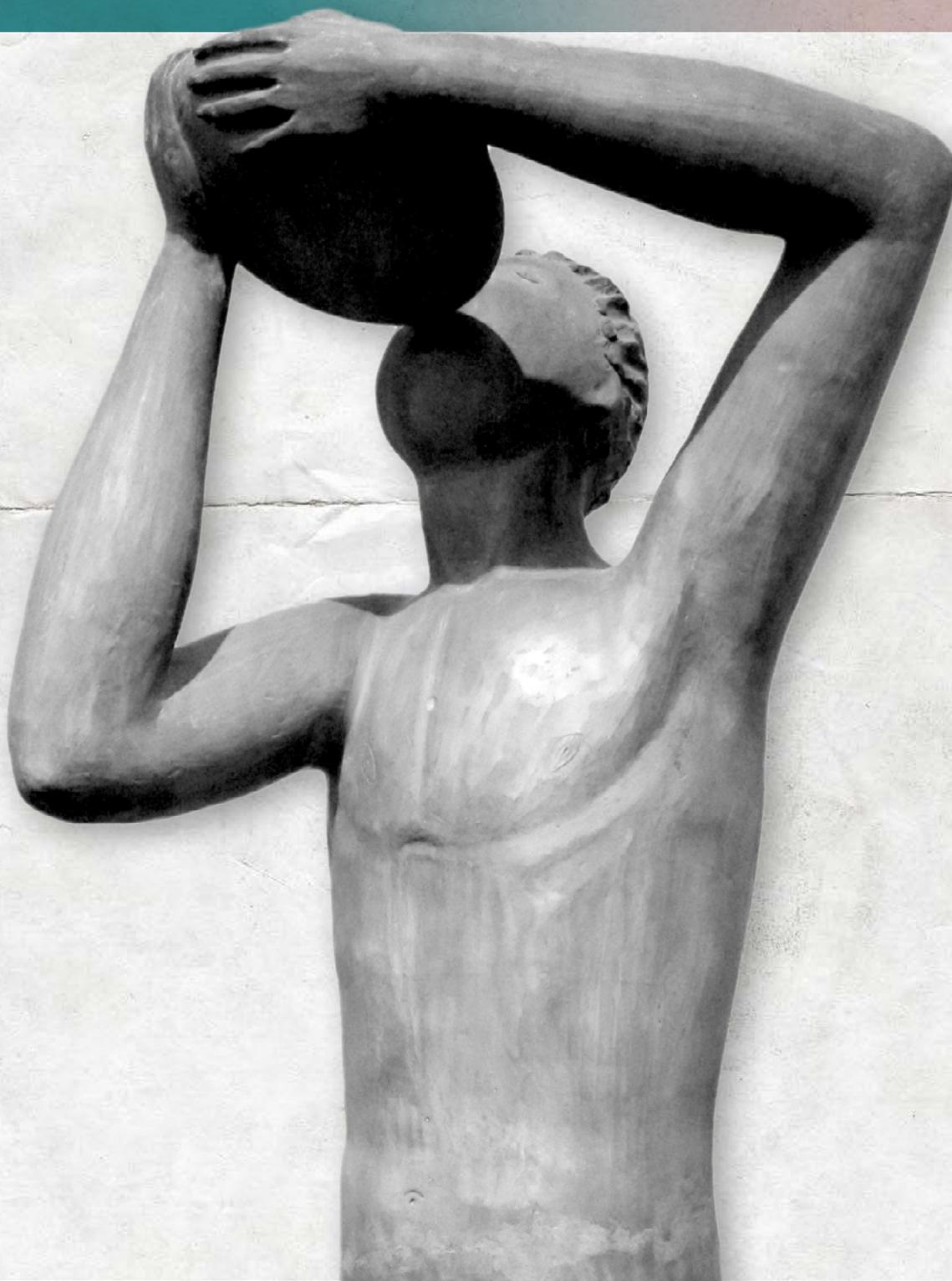




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXVIII • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia  
Organo della Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Bernardo Dell'Osso (Milano FBF Sacco)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)

**Comitato Scientifico:**  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Luisa Aroasio (Voghera)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Carlo Fraticelli (Como)  
Massimo Clerici (Monza)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Laura Novel (Bergamo)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Matteo Rocchetti (Pavia)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Virginio Salvi (Crema)  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente  
le opinioni degli autori

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale  
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,  
1 -24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere  
comunicazioni sulla pubblicazione  
del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

**4** La sfida della patologia psichiatrica  
dall'adolescenza all'età adulta  
di Cerveri G.

**11** Quando finisce un lungo mandato...  
di Clerici M., Percudani M.

**13** Una riflessione sugli impegni prossimi  
di Dell'Osso B., Migliarese G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**15** L'assistente sociale di fronte allo stigma  
della malattia mentale: una visione  
professionale  
di D'Alio C., Clerici M.

**38** La bellezza che cura: l'arte come  
strumento terapeutico  
di Falletti A.

**42** Il ruolo delle artiterapie nella pratica  
clinica: integrazione ed efficacia nei  
percorsi di cura  
*L'esperienza del GAT DG Welfare  
Regione Lombardia*  
di Melorio T., Viganò C., Percudani M.

**58** Effetti del trattamento a medio-lungo  
termine con esketamina nella depressione  
resistente  
di Pinto M., Zanetti M., Arienti V.,  
Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M.,  
Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz  
M., Pierri G., Cerveri G.

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**63** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**Non solo muri:  
una trasformazione che cura**  
*Descrizione narrativa di un progetto sul  
possibile: luoghi, relazioni e pratiche oltre  
la coercizione*  
di Belotti L., Bonelli L., Cirella L.

**71** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**Il rischio di soffocamento da ingestione  
di cibo nei pazienti psichiatrici: uno  
studio osservazionale**  
di Camuccio C.A., Stefanelli S.

**83** CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
E PSICOSOCIALE  
**Apprendere dall'esperienza**  
di Fioletti B., Scagliarini V.

### PSICHIATRIA FORENSE

**87** Piccolo portolano sulla liceità o meno di  
interventi coercitivi nei casi di Anoressia  
Mentale grave: note e indicazioni per gli  
interventi sul campo  
di Amatulli A.

### PSICHIATRIA NARRATIVA

**94** Il cinema e la narrazione dei traumi  
collettivi  
*La costruzione della memoria e  
dell'identità di un popolo*  
di Balestrieri B.

**101** Versi formulari in psichiatria  
di Grasso F.

**104** Euphoria: una lettura psicopatologica  
e psicoanalitica  
di Vincenti A.



# PSICHIATRIA FORENSE

## Piccolo portolano sulla liceità o meno di interventi coercitivi nei casi di Anoressia Mentale grave: note e indicazioni per gli interventi sul campo

di Antonio Amatulli\*

### ABSTRACT

**L'**Anoressia Mentale grave, soprattutto nelle situazioni di sopravvenuto pericolo per la sopravvivenza, pone gravi problemi clinici, etici e giuridici. La volontà della paziente e i suoi diritti all'autodeterminazione e al dissenso rispetto alle cure (anche salvavita) mettono in gravi difficoltà i clinici, tra i doveri di intervento e di rispetto della volontà dell'interessata. I trattamenti coercitivi risultano, alla fine, necessari, ma rispetto ai diversi gradi di liceità il dibattito è ampio. Certamente, il TSO non è in grado, nonostante spesso venga evocato come risoluzione del problema acuto, di risolvere il momento critico, in quanto permette solamente il trattamento psichiatrico, senza rendere lecito, o non punibile, qualsiasi altro intervento coercitivo. Così, tra doveri di intervento e diritti privatissimi relativamente al consenso, altre strade possono (devono?) essere percorse, tra legittimità, divieti, doveri, diritti, cercando di rispettare le volontà individuali e nel contempo evitare esiti drammatici per tutti.

L'Anoressia Nervosa (AN) è una condizione psichiatrica grave e complessa che richiede un intervento tempestivo, multidisciplinare e specializzato, dove un inquadramento diagnostico il più veloce e accurato possibile, l'approfondita valutazione medico-nutrizionale e un trattamento farmacologico, psicoeducativo e psicoterapeutico mirati sono fondamentali per ridurre il rischio di cronicizzazione e morte.

L'anoressia mentale ha un esordio tipico tra i 12 e i 25 anni, con un picco nella tarda adolescenza.

La prevalenza nella popolazione generale femminile è di circa 0,3-0,6%, ma può salire fino all'1-2% tra le adolescenti, mentre nei maschi varia dallo 0,1 allo 0,3%, seppure tali valori possano essere sotto stimati dal confondimento generato da comportamenti altrimenti definiti (es., eccesso di esercizio fisico, ortoressia, vigoressia). L'incidenza annuale nelle giovani è stimata tra gli 8 e i 10 nuovi casi per 100.000 abitanti, con il dato di ulteriore preoccupazione rappresentato dal tendenziale aumento e dal progressivo anticiparsi dell'età di insorgenza (10-12 anni). Molto elevata la comorbilità psichiatrica, che arriva al 50-70% dei

casi, comprendendo sintomi ansiosi, depressivi, disturbi dell'umore, disturbi ossessivo-compulsivi.

Ma è il pericolo di morte che rende l'AN un disturbo psichico di particolare gravità: si tratta, nello specifico, della patologia psichica a più alto pericolo per la vita (Chesney E., et al., 2014), con tassi di mortalità stimata del 5-8%, da 5 a 10 volte più alta rispetto alla popolazione generale; un quinto circa dei decessi per AN avvengono per suicidio, il resto per le complicanze mediche della patologia.

Per tutte queste ragioni, ma soprattutto in relazione ai pericoli per la stessa sopravvivenza, questo disturbo alimentare pone drammaticamente il problema della necessità (Takimoto Y., 2022) e contemporaneamente della liceità di trattamenti in assenza del consenso dell'interessata (Ferracuti S. e Mandarelli E., 2021; Milano W. et al., 2017); e rispetto a essi, in sovrappiù, ci si trova talvolta di fronte a forti perplessità sulla reale competenza delle pazienti a esprimere un valido dissenso.

Qui sorvolando sulle posizioni che ritengono il consenso una funzione rispetto alla quale dovrebbe essere eseguita una valutazione di fatto psicométrica di competenza reale (incrinando alla radice il ruolo garantista e liberale dei principi convenzionali, giuridici e legali che fondano la libertà individuale relativamente agli atti della vita e ai diritti personalissimi, e contemporaneamente togliendo al medico curante il ruolo di gestione del consenso, in Italia stabilita per legge) (Elzackers I.F. et al., 2016; Elzackers I.F. et al., 2018), convenzioni internazionali, principi etici e deontologici e lo stesso diritto positivo italiano definiscono il consenso della persona ai trattamenti sanitari che la concernono una linea di non ritorno della liceità e del fondamento degli stessi. Inoltre, un approccio basato sui diritti individuali deve rispettare il diritto alla capacità giuridica, che comprende sia l'attesa legittimazione (la capacità di *detenere* diritti) sia la condizione legale (la capacità di *esercitare* tali diritti) (Newton-Howes G. e Gordon S., 2022).

Possiamo in breve dare una idea (parziale) del corpus di norme, definito così, *latu sensu*, per praticità, che in-

tervengono rispetto al tema: Codice Civile art. 2 (1942), Costituzione Italiana (1948) artt. 2-13-32, Convenzione di Oviedo (1997), Dichiarazione di Barcellona (1998), Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 1999, Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2000, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000), Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (2006), Codice di Deontologia medica (2014), Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2017, Legge n. 219 del 2017; e infine vastissima giurisprudenza sia di merito che di legittimità. Praticamente ai due estremi temporali sono i limiti più netti e radicali che di fatto impediscono interventi coercitivi nei confronti della nostra giovane anoressica in pericolose condizioni fisiche: la Costituzione, che, oltre a definire la salute come diritto primo e irrinunciabile che permette poi di godere di tutti gli altri diritti fondamentali dell'individuo, incardina a una doppia riserva di legge e di giurisdizione la libertà individuale, che è libertà anche del corpo; e poi la legge n. 219 del 2017 sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento, che disciplina, nel diritto positivo, il consenso alle cure, chiarendo, se mai non fosse stato chiaro prima, che esso è il fondamento dell'atto medico ma anche il suo limite invalicabile, al punto di affermare, alla lettera, che il medico è esente da ogni forma di responsabilità civile e penale se il paziente, rifiutato consapevolmente il trattamento consigliato e proposto, va incontro a una prognosi infausta. Questo è il primo corno della questione: la scelta libera e consapevole della paziente (a rifiutare le cure, in qualunque condizione essa si trovi) (Szmukler G., 2019).

Andati oltre, ormai, al primo principio bioetico della beneficiabilità, e da tempo entrati nell'era del principio dell'autonomia e del diritto all'autodeterminazione, il Giuramento di Ippocrate, da noi pronunciato anni fa e pressoché superato dalla medicina dei diritti dei pazienti, comunque risuona, e risuona nella (possibile) convinzione che la vita possa avere anche una componente di importanza per sé, e che la nostra giovane anoressica debba essere aiutata comunque. Si tratta, cioè, del secondo corno del

dilemma: fare (tutto) quello che serve per salvare una vita (S. Antonio da Firenze: “se un malato rifiuta la medicina il medico può curarlo contro la sua volontà, così come una persona deve essere trascinata fuori, contro la sua volontà, da una casa che sta crollando” – Amundsen D., 1978).

D’altro canto, in Italia la Legge 833/78 prevede e disciplina il Trattamento Sanitario obbligatorio per malattia mentale, e lo Stato definisce altri obblighi sanitari di legge (vaccinazioni obbligatorie, isolamento per malattie infettive, trattamento delle malattie veneree in fase contagiosa, accertamento sanitario obbligatorio per l’imputato di delitto sessuale). In più il Documento di Regione Lombardia che regola gli Accertamenti e i Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (2018) espressamente precisa che la AN rientra a tutti gli effetti nel novero delle medesime, essendo la restrizione alimentare volontaria espressione di un preciso malesere psichico sottostante. Spesso il problema è definito concluso qui, ma bisogna andare oltre, per esattamente definire i differenti gradi e spazi di liceità secondo l’ordinamento vigente.

Prima di esaminare, però (seguendo sempre ciò che il legislatore impone circa il “chi” e il “come” – *i casi e i modi* – integrando così la riserva di legge), cosa implica per la nostra giovane anoressica il TSO, e cosa quest’ultimo in realtà rende lecito e cosa no, è interessante domandarci le possibili ragioni etiche e le ricadute clinico-relazionali di interventi coercitivi in situazioni che, comunque, dureranno nel tempo, al contrario della coercizione che deve estrinsecarsi sempre entro limiti di tempo ridotti. Di fatto non esiste una solidità scientifica che tematizzi in modo univoco un effetto a lungo termine negativo oppure il contrario rispetto agli effetti che la coercizione determina nel rapporto terapeutico (Tan J.O.A., et al., 2010; Mac Donald B. et al., 2023; Schreyer C.C. et al., 2016; Carney T. et al., 2019; Ward A. et al., 2015; Westmoreland P. et al., 2017; Fuller S.J. et al., 2024). La portata intuitiva dei vissuti negativi conseguenti a trattamenti forzati (e sarà qui poi importante dettagliare

quali, nello specifico, con i loro differenti livelli di accessibilità e accettabilità) si scontra con il rilievo empirico che ciò può anche non avvenire. Ci sono quindi evidenze poco chiare rispetto agli effetti negativi a lungo termine dei trattamenti coercitivi, che invece, e qui il consenso è largo, devono essere limitati ai casi di serio e attuale pericolo per la salute fisica e per la vita.

Parrebbe pleonastico ricordare, a questo punto, ma è meglio tornarci sopra, come il Codice civile assai presto (all’art. 2) stabilisca che alla maggiore età si acquisisce la capacità di agire. Così, le persone maggiorenni *fino a prova contraria* agiscono e sono in grado di agire le proprie capacità di consenso o dissenso. E, anche questo è meglio rammentarlo, ciò vale fino a che sia, nel caso, (solo) un giudice che intervenga a limitarle o, in casi estremi, ad annullarle. La malattia direttamente non inficia né limita la capacità legale di agire del soggetto. E tornando alla nostra giovane anoressica, neanche la grave sottovalutazione del proprio stato di salute fisica o dell’importanza dei trattamenti, oppure la dimensione onnipotente talvolta di quantità o qualità psicotiche, o anche la stessa possibile gravità dei sintomi, possono di per loro legittimare trattamenti senza il suo consenso.

Chiarite tutte le forme di garanzia di cui godiamo rispetto alla nostra autodeterminazione nell’ambito della salute, la giovane anoressica che tende a non alimentarsi e per questo a deperire fisicamente, arrivando all’immediato pericolo per la vita, ci impone di afferrare convintamente anche la parte concreta, radicale e drammatica del confronto con il bene vita altrui (il secondo corno di cui prima, forse). Certamente, la lettera della legge 219/2017 esprime l’indicazione a valutare con estrema attenzione la portata e la validità del dissenso della ragazza rispetto a cure salvavita, e a verificare la possibilità da una parte di interventi alternativi e dall’altra parte di un inesausto processo di acquisizione del consenso (possibile); e che fatto tutto questo, con esito negativo e in presenza di un esame psichico che riporti in generale al piano del reale, imporrebbe, sempre la L. 219/2017, l’accompagnamento

non altrimenti attivo anche a esiti infausti. Ma la portata dei temi etici che involgono l'AN (Minuti A. et al., 2023; Rolf C. e Cook-Cottone C., 2024), il suo essere al centro di valori confliggenti che meritano quindi una attenta analisi del reciproco bilanciamento, e non da ultimo il ruolo di portolano (pratico, praticissimo) a uso dell'operatore sanitario in così grave difficoltà che unilateralmente questo intervento si è arrogato, fanno propendere per una linea maggiormente concreta e/o interventista che, ben consapevole del grande tema e diritto dell'autodeterminazione, vuole affrontare le criticità abbracciando in modo completo la complessità, anche quando sede di contrasti e conflitti di principi diversi, senza atteggiamenti difensivi e soprattutto alla fine deresponsabilizzanti mascherati da formale rispetto di limiti imposti. C'è in questo senso da aggiungere che, nel verso opposto, la posizione di garanzia in capo al medico obbliga a mettere in atto tutto quanto possibile (e possibile per legge, la quale non tutto permette, come abbiamo visto sopra) per evitare danni ai beni giuridici rilevanti (nel nostro campo, la salute e la vita) dell'assistito.

La nostra giovane anoressica, che continua a manifestare una grave restrizione dell'apporto di cibo nonostante tutti gli interventi competenti e appropriati messi in atto (e questo punto è fondamentale: l'attuazione delle corrette regole cautelari secondo le *leges artis*), ha un andamento ingravescente delle condizioni fisiche, e sempre più allarmante. Consideriamo quindi, il primo intervento coercitivo possibile: il Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale (con le dovute cautele e peculiarità se minorenne) nei termini previsti dalla legge, e la paziente viene quindi ricoverata coattivamente in SPDC (qui si riporta la lettera dell'art 34 della legge, dove si specifica il luogo di effettuazione del ricovero obbligatorio: "il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale". Così, la legge non prevede un trattamento di ricovero obbligatorio per malattia mentale in reparti

diversi dall'SPDC medesimo). La ragazza è ricoverata, si spera con l'accordo dei vari caregivers, e deve essere immediatamente trattata anche dal punto di vista fisico. Deve aumentare l'apporto di cibo, non deve correre inesausta avanti e indietro per perdere calorie, non deve vomitare dopo il pasto, ecc. Ancora la solita domanda che ci dobbiamo porre: cosa possiamo (nel senso di liceità) fare? Certamente possiamo somministrare le terapie psichiatriche: ansiolitici per l'ansia, l'angoscia, il sonno, fino ad antidepressivi piuttosto che antipsicotici per la dimensione onnipotente/delirante. E possiamo anche applicare quella *brevis et modica vis* che l'ordinamento considera lecita per mettere in atto i dovuti interventi di cura e assistenza nei confronti dei consociati, ancorché parzialmente riluttanti (Corte di cassazione, sentenza n. 119 del 1998). Ma la nostra giovane paziente, assunte le terapie prescritte, non si fa convincere, nonostante i ripetuti, e documentati, tentativi di persuasione, anche, doverosamente, indirizzati ad alternative poco o punto coercitive (alimentazione per prima); fa ossessivamente esercizi di ginnastica, mette in atto comportamenti di eliminazione e gli esami sono molto peggiorati. Anche se è in regime di TSO ogni terapia "non psichiatrica" che la ragazza rifiuta non può essere somministrata. Come esempio: non può essere "sondinata" contro la sua volontà. Vale solo la pena ricordare che è la stessa Corte di cassazione a specificare che, anche in TSO, il paziente è portatore di specifici diritti legati alla sfera strettamente personale e intima (Cassazione penale, Sezione III, Sentenza n. 509 del 11.1.2023) i quali devono essere poi fattivamente garantiti come agibili dal controllo giurisdizionale, che per altro dovrebbe sempre prevedere la tempestiva informazione sullo stato giuridico agli interessati eventuali e un contraddittorio effettivo (Cassazione civile, Sezione I, Ordinanza interlocutoria n. 24124 del 10.9.2024). Che cosa, quindi, può fare il medico in questa situazione, e in punta di diritto (lecitamente), prima che la paziente possa morire? E bilanciando in modo oggettivamente ragionevole (perché sarà il temperamento di esigenze e

obblighi confliggenti, insieme all'esame della modalità con la quale è stato definito, la base per un eventuale giudizio nel merito) di opposti obblighi e necessità (salvaguardia di diritti, doveri di intervento)? E tenendo presente che comunque un consenso dato non elimina di per sé la responsabilità del sanitario?

Il gravissimo (pericolo di decesso) e attuale deterioramento organico, valori ematochimici e di ECG particolarmente critici e allarmanti, in quello specifico momento potranno (dovranno?) indurre il sanitario a intraprendere trattamenti salvavita coercitivi contro il consenso, come inserire un sondino naso-gastrico (SNG) per procedere alla nutrizione enterale forzata e, nel caso, contenere la paziente per il tempo strettamente necessario. È però assolutamente obbligatorio avere in precedenza tentato tutte le vie trattamentali relative al caso concreto previste dal sapere scientifico attuale non obbligatorie o coercitive, parallelamente a tutti gli sforzi informativi nei confronti dell'interessata e dei suoi familiari, nonché avere esplorato tutti i passaggi relativi all'acquisizione del consenso ai trattamenti più invasivi e al momento assolutamente necessari; il tutto scrupolosamente riportato nella cartella clinica. Si può prevedere che, in sede di eventuale giudizio, venga riconosciuta nei confronti degli atti coercitivi (e vietati dall'ordinamento) l'esimente ex art. 54 c.p., sempre che risultino soddisfatti tutti i criteri che il Codice penale richiede per non punire il fatto di reato messo in atto dal medico: *pericolo grave e imminente* per la incolumità del soggetto, necessità di salvataggio, assenza di alternative meno coercitive, proporzione fatto-pericolo. Ma qui poi starà il punto: appena (proporzione fatto-pericolo) l'intervento (quell'intervento) coercitivo modifica in modo anche parzialmente positivo lo stato medico della ragazza determinando l'uscita dalla condizione di *pericolo grave e imminente* l'esimente non opera più, e si ritorna alla situazione precedente. Tolto il sondino (applicato contro la volontà, ma - competenza, conoscenza, responsabilità) non è possibile "pianificare" interventi coercitivi per stabilizzare la situazione o per migliorarla, o anche

solo per non farla regredire nuovamente, e se la paziente ritorna a essere oppositiva, seppure sempre in regime di TSO, nulla è possibile fare. Tutto questo in un sistema che ha progressivamente costruito un insieme organico di diritti che pongono il singolo nella condizione di maggiore signoria possibile rispetto a sé stesso, al proprio corpo e alla propria salute. Di fatto, quindi, essendo la scriminante ex art 54 c.p. assolutamente indipendente dalla condizione di obbligatorietà o meno del ricovero ospedaliero, il TSO ha un senso e una indicazione, chiara nei termini di legge, esclusivamente per il conseguente trattamento obbligato dei sintomi psichici.

Ma poniamo che la nostra giovane anoressica sia ancora nel nostro reparto, sempre in condizioni critiche, un primo intervento di SNG ha cessato i suoi benefici, l'ECG è divenuto nelle ultime ore ancora molto critico e la ragazza continua a negare il consenso ad alimentarsi e alle cure necessarie, il pericolo per la sopravvivenza è evidente, e i genitori, allarmati e agitati, ci chiedono di intervenire assolutamente, in un modo o nell'altro... Una volta esplorati senza successo i tentativi di trasferimento in altri reparti, come la medicina o la rianimazione (cosa che può avvenire, spesso assai ardua di fatto; è importante in questi casi coinvolgere la Direzione Medica di Presidio, sia per non "fare una guerra" da soli, sia perché l'ultima cosa che la medesima desidererà è un serio pericolo di decesso nella Psichiatria del proprio ospedale...), si potrà o seguire ancora il criterio della necessità urgente oppure, prendendo il toro per (la seconda del) le corna, chiamare il magistrato di turno per la Procura competente. Infatti, questo breve vademecum (forse più un portolano, come detto, a scansare scogli pericolosi e secche fatali per raggiungere incolumi il porto) ha lo scopo di aiutare lo psichiatra a tutelare anche sé stesso dalle doglianze che potrebbero poi essergli mosse per azioni che doveva compiere e non ha compiuto, o che doveva compiere diversamente: con tutta l'attenzione ai diritti dei terzi, il medico ha anche la necessità di lavorare con almeno accettabili livelli di serenità personale. E quindi, in casi emergenziali può

essere suggerito di contattare il magistrato, cui esporre il caso. Questi, sentiti i termini della questione, facilmente, in relazione ai suoi compiti di (possibile) intervento su singole questioni urgenti, suggerirà (orderà) di *fare tutto il possibile* per salvare la vita della ragazza. Consapevoli che per ottemperare a un obbligo di legge non tutto è comunque lecito, il fine non giustifica i mezzi, si metterà in atto ciò che è stato suggerito, impostando un ulteriore intervento coercitivo salvavita.

Così, dopo avere bene preso atto del complesso sistema di tutela del grande fascio dei diritti individuali in termini di salute, di consenso alle cure, e perché no di riservatezza e di diritti privatissimi, lo psichiatra può essere in grado di affrontare i momenti più gravi che, si è chiarito, non hanno una soluzione sempre univoca e percorribile, ma che devono essere gestiti attraverso la capacità di definire, momento per momento, l'importanza relativa e reciproca dei pesi implicati nel bilanciamento (dovuto) in atto, nel susseguirsi dei diritti di accettare o rifiutare e dei doveri di intervento.

In conclusione, detto che il rischio (fisico e giuridico) non si potrà mai azzerare (pena interventi drammaticamente e continuativamente costringenti che, oltre a ledere la dignità dell'interessata, sono vietati dall'ordinamento), quali sono "i fattori di protezione" per il sanitario implicato in casi e momenti così drammatici? La competenza clinica per prima (corretto inquadramento clinico e adeguati interventi terapeutici, calibrati in rapporto allo stato funzionale più o meno acuto – competenza che l'ordinamento richiede per situazioni che possono rientrare nei normali sviluppi dei quadri clinici considerati), la competenza relazionale (muoversi nella rete di familiari e dei più diversificati stakeholders, rete tanto più instabile, impulsiva e imprevedibile quanto più la situazione clinica diventa critica; muoversi nella rete istituzionale, ospedaliera, tra paure, rifiuti, deleghe, chiusure, rinvii), la competenza giuridica (conoscenza dei diritti individuali della persona, dei doveri di intervento in capo al sistema sanitario – comprese le caratteristiche

della posizione di garanzia che incombe sull'operatore, del quadro legislativo, giuridico e convenzionale collegato al merito della questione). E, ma non ultima, la competenza nel documentare correttamente nella cartella clinica i passaggi assistenziali/terapeutici e tutto quanto è stato messo in atto, da dove emerga sempre con chiarezza il percorso argomentativo effettuato con i relativi passaggi logici, e scrivendo *ciò che un giorno si potrà desiderare disperatamente di avere scritto*, e rendendo la valutazione e il piano di trattamento forti.

Quindi, da una parte una solida condizione emotiva, ad affrontare le relative tempeste anche relazionali che si scatenano nelle situazioni che si sono descritte, e dall'altra parte una competenza, allargata, che permette di mettere in atto le "buone pratiche clinico-assistenziali" che il legislatore (L. 24/2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), alla fine, definisce essere l'argine ultimo al di là delle linee guida, non sempre "adatte al caso concreto" e anzi, secondo varia giurisprudenza di legittimità, in certe situazioni, obbligate a non essere messe in pratica (Corte di cassazione, sentenza 40316 del 2024). Al termine di questo viaggio nella (possibile) notte, il consiglio a che situazioni critiche come quelle esposte non siano affrontate in solitudine, ma richiedendo una condivisione di pensieri e scelte coinvolgendo altri colleghi, che aiutano a sentire meno il peso, altrimenti schiacciante, del pericolo della morte e delle decisioni (fatali) da prendere o da non prendere.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Brianza*

#### CORRISPONDENZA

*antonio.amatulli@asst-brianza.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S., *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders*. World Psychiatry, 2014, Jun 13(2)
2. Takimoto Y., *Indications for involuntary hospitalization for refusal of treatment in severe anorexia nervosa: a survey of physicians and mental health care review board members in Japan*. J. Eat. Disorders, 2022, November 21,10(1); 176
3. Ferracuti S., Mandarelli G., *Problematiche psichiatrico-forensi nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*. NOOS, 2:2021
4. Milano W., Cotugno A., Dalle Grave R., Gentile M.G., Gravina G., Renna C., Salvo P., Todisco P., Donini L.M., *Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa*. Riv. Psichiatria, 2017, 52(5):180
5. Elzakkers I.F., Danner U.N., Hoek H.W., van Elburg A.A., *Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study*. B. J. Psych. Open 2016; 2 (2); 147-153
6. Elzakkers I.F., Danner U.N., Grisso T., Hoek H.W., van Elburg A.A., *Assessment of mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: A comparison of clinical judgment and MacCAT-T and consequences for clinical practice*. Int. J. Law Psychiatry, 2018; 58 (); 27-35
7. Newton-Howes G., Gordon S., *The need for a rights-based approach to acute models of care*. World Psychiatry, 2022, 21 (2):45
8. Szmukler G., "Capacity", "best interest", "will and preferences" and the UN Convention on the rights of Persons with Disabilities. World Psychiatry, 2019, 18 (1):34
9. Amundsen D., *The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots*. In Hastings Center Report, 1978, pag. 8, 23-30
10. Tan J.O.A., Stewart A., Fitzpatrick R., Hope T., *Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion*. Int. J. Law Psychiatry, 2010; 33 (1); 13-19
11. Mac Donald B., Guðafsson S.A., Bulik C.M., Clausen L., *Living and leaving a life of coercion: a qualitative interview study of patients with anorexia nervosa and multiple involuntary treatment events*. J. Eat. Disord. 2023; 11 (1); 40
12. Schreyer C.C., Coughlin J.W., Makhzoumi S.H., Redgrave G.W., Hansen J.L., Guarda A.S., *Perceived coercion in inpatients with Anorexia nervosa: Associations with illness severity and hospital course*. Int. J. Eat. Disord. 2016; 49 (4); 407-12
13. Carney J., Yager S., Maguire S.W., Touyz S.W., *Involuntary treatment and quality of life*. Psychiatr. Clin. North Am. 2019; 42(2):299-307
14. Ward A., Ramsay R., Russell G., *Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2015;48(7):860-5
15. Westmoreland P., Johnson C., Stafford M. *Involuntary treatment of patients with life-threatening anorexia nervosa*. J. Am. Acad. Psychiatry Law 2017;45(4):419-25
16. Fuller S.J., Tan G., Nicholls D., *Nasogastric tube feeding under physical restraint: comprehensive audit and case series across in-patient mental health units in England*. B.J. Psychiatr. Bull. 2024, 48(3):163-167
17. Minuti A., Bianchi S., Pula G., Perlangeli A., Tardani M., Cuzzucoli L., Pastorino L., Menculini G., Moretti P., *Coercion and Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: a Systematic Review on Legal and Ethical Issue*. Psychiatr. Danub. 2023; 35 (Suppl 2); 206-216
18. Rolf C. e Cook-Cottone C., *Assisted death in eating disorders: a systematic review of cases and clinical rationales*. Front. Psychiatry, 2024, vol. 15

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Bernardo Dell'Osso  
Giovanni Migliarese

#### **Segretario:**

Virginio Salvi  
Vice-Segretario:  
Lara Malvini

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli  
Consiglieri eletti:  
Antonio Amatulli  
Stefano Barlati  
Giorgio Bianconi  
Debora Bussolotti  
Paolo Cacciani  
Camilla Callegari  
Annabella Di Giorgio  
Federico Durbano  
Gianmarco Giobbio  
Alessandro Grecchi  
Carla Morganti  
Giovanna Molinari  
Silvia Paletta  
Gianpaolo Perna  
Paolo Risaro  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Laura Fusar Poli  
Federico Grasso

#### **Membri di diritto:**

Emi Bondi  
Massimo Clerici  
Carlo Fraticelli  
Giancarlo Cerveri  
Claudio Mencacci  
Mauro Percudani  
Antonio Vita

#### **Consiglieri Permanenti:**

Giuseppe Biffi  
Alberto Giannelli  
Antonio Magnani  
Massimo Rabboni  
Simone Vender  
Antonio Vita