

Cure con e senza consenso in psichiatria

L'acquisizione del consenso informato non è una semplice formalità burocratica, ma è un atto pre contrattuale in cui si forma e si orienta la volontà del paziente. Tale prassi risulta estremamente difficoltosa quando è rivolta a pazienti con disturbi mentali, malgrado le normative che regolano la possibilità di una scelta informata tra più opzioni psicoterapeutiche e la necessità del trattamento sanitario obbligatorio

L'acquisizione di un consenso informato valido è una prassi abituale oppure rimane un'eccezione nell'assistenza ai pazienti con disturbi mentali? Una domanda legittima visto che il conseguimento del consenso informato alle cure nei pazienti con malattie mentali è spesso di difficile attuazione sia per le difficoltà a valutare obiettivamente le loro capacità decisionali (*Current Opinion in Psychiatry* 1997; 10: 423-6; *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53: 48-62) e sia per la scarsa propensione degli psicoterapeuti, condizionati dalla loro personale formazione, a spiegare procedure, benefici e oneri di tutte le principali opzioni psicoterapeutiche sulle quali l'assistito potrebbe esercitare una scelta informata. Infatti questa libera scelta dell'assistito, ammesso che il terapeuta riesca a prospertargli una comparazione obiettiva delle principali psicoterapie, potrebbe implicare anche un cambio di terapeuta se l'assistito optasse infine per una psicoterapia non praticata dal terapeuta.

Secondo il Comitato Nazionale di Bioetica l'informazione volta all'acquisizione del consenso deve riguardare una breve descrizione della metodica indicata e delle alternative terapeutiche, le finalità, le possibilità di successo, i rischi e gli effetti collaterali in merito al caso in esame.

L'acquisizione del consenso informato all'atto medico ha fondamento giuridico nell'art. 32 della Costituzione che afferma: nessuno può

essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge.

Quindi il consenso informato è il presupposto di legittimità dell'atto medico, come ha ribadito la Cassazione Civile sez. III con la sentenza n. 14638/2004. Inoltre è un preciso dovere del medico previsto dall'art. 35 del Codice Deontologico 2006.

Il medico deve dare di persona all'assistito una informazione completa, secondo la Cassazione Civile sez. III, sentenza n. 7027 del 25 maggio 2001.

Tra forma e sostanza

Va rilevato che non è la formula più o meno ampia del consenso a prevenire la conflittualità tra medico e paziente, ma la capacità del medico di trasmettere personalmente ed empaticamente con termini accessibili le informazioni necessarie all'acquisizione di un consenso consapevole in cui sussiste un effettivo recepimento da parte dell'assistito del significato e della completezza delle informazioni ricevute.

Il consenso deve essere personale del paziente, esplicito, informato, cioè consapevole, e documentato, per esempio con annotazione in scheda sanitaria o in cartella clinica, secondo la sentenza n. 1240/2002 della Cassazione Penale sezione IV.

Non ha alcuna validità il consenso all'atto medico espresso dai familiari, in quanto tali, di un paziente capace di intendere e volere, secon-

do la sentenza n. 16882 del Tribunale Civile di Milano sez. VII, del 14.05.1998.

L'acquisizione del consenso informato non è una semplice formalità burocratica, ma è invece un atto pre contrattuale in cui si forma e si orienta la volontà del paziente e in cui le parti sono tenute al rispetto del principio di buona fede ex-art. 1377 del Codice Civile; a tale principio viene meno il medico che non fornisca informazioni ampie ed esaurienti sulle cure, inducendo così in errore essenziale il paziente e invalidando il consenso ottenuto, con le conseguenti responsabilità penali e civili, secondo la sentenza n. 364 del 15.1.1997 della Cassazione Civile, sezione III.

Il medico nella funzione di pubblico ufficiale si rende responsabile del reato di omissione d'atti d'ufficio (art. 328 del Codice Penale) se nasconde la verità al paziente negandogli le informazioni dovute, secondo la sentenza n. 3599 del 18.4.1997 della Cassazione Penale, sezione VI.

La mancanza del consenso informato può dunque costituire causa di responsabilità sia civile che penale, per esempio reati di violenza privata (art. 610 CP), stato di procurata incapacità mediante violenza (art. 613 CP), lesione volontaria (artt. 582-583 CP) e omicidio preterintenzionale (sentenza n. 699 del 21.4.1992, Cassazione Penale sezione V), salvo però i casi di stato di necessità (art. 54 CP) e di trattamenti sanitari obbligatori per legge (legge 180/1978 e artt. 33-34 della legge 833/1978).

■ L'assistito fragile

Il trattamento dei minori e degli infermi di mente incapaci di intendere e volere richiede invece il preliminare consenso informato validamente espresso dal rappresentante legale in conformità all'art. 37 del Codice di Deontologia Medica 2006.

Salvo i casi gravi di incapacità, in cui è dovere ricorrere alle procedure di inabilitazione o interdizione (artt. 414-432 CC), per i soggetti fragili la legge n. 6 del 9 gennaio 2004 (in G.U. n. 14 del 19.01.04) ha stabilito una procedura semplificata per la nomina da parte del giudice tutelare di un "amministratore di sostegno" che rappresenta legalmente l'assistito fragile, il quale mantiene la sua capacità giuridica.

■ La capacità di intendere e volere

Nei pazienti affetti da malattie mentali, la questione del consenso informato appare ancora dibattuta. In pratica, si parte dal presupposto che un malato psichiatrico non abbia la facoltà di intendere e di volere. C'è quindi chi decide per lui: il medico, spesso appoggiato dai familiari che diventano i soli referenti attendibili e giudicanti capaci di prendere decisioni riguardo alle terapie considerate idonee per il paziente.

Di fatto, però, non tutti i casi di malattia mentale possono essere posti sullo stesso piano. I pazienti a cui è stata diagnosticata una malattia mentale e capaci di prendere decisioni relative ai trattamenti volti a migliorare la loro qualità di vita hanno diritto di scegliere consapevolmente come essere curati (*Med Law* 2005; 24: 463-77).

Nelle fasi acute della malattia, quando l'assistito deve affrontare per la prima volta un disagio psichico a lui sconosciuto e difficile da gestire, è realistico pensare che abbia bisogno di affidarsi incondizionatamente a un aiuto che fornisca il sostegno necessario per una più chiara comprensione del problema e dei provvedimenti da prendere.

Ma quando invece il disagio si ripete o si cronicizza, il paziente psichiatrico con capacità critiche conservate, benché soggetto vulnerabile e facilmente influenzabile, può essere in grado di comprendere e decidere quale percorso terapeutico sia per lui più idoneo e accettabile.

Nonostante la psicoterapia nel suo modello tradizionale venga spesso considerata un trattamento a lungo termine, molte persone ricevono di fatto un beneficio da un'unica seduta orientata alla terapia cognitiva (Talmon M. *Psicoterapia a seduta singola*, Erickson edizioni, Trento, 1996), piuttosto che da una lunga psicoanalisi del vissuto infantile (Missildine WH. *Il bambino che sei stato*, Erickson edizioni, Trento, 1996).

Esistono inoltre numerosi manuali di autoaiuto che possono aumentare la consapevolezza degli assistiti sul loro disagio integrando utilmente la cura dello psicoterapeuta, per esempio, per migliorare la consapevolezza sulle proprie emozioni (Ellis A. *L'autoterapia razionale-emotiva*, Erickson edizioni, 1993), sul proprio comportamento impulsivo (Goldstein AP. *Stop all'aggressività*, Erickson edizioni, Trento, 1990), su come ci si relaziona con gli altri (Corriere R. *Sincronizzare la personalità*, Erickson edizioni, Trento, 1998) e su come affrontare crisi e difficoltà per migliorarsi (Malaguti E. *Educarsi alla resilienza*, Erickson edizioni, Trento 2005).

Come scegliere un terapeuta

Nei casi di malattia psichiatrica oggi le possibilità di scegliere terapie e terapeuti sono maggiori rispetto al passato. Ma sia il paziente e sia i suoi familiari all'esordio della malattia sono spesso disorientati e non sanno a chi rivolgersi.

La tendenza più razionale è quella di rivolgersi al proprio medico di famiglia per il rapporto di fiducia

che si è creato nel corso degli anni (*Eur J Public Health* 2004; 14: 134-40). Sarà lui ad indirizzare il paziente e i suoi familiari verso le strutture specialistiche più affidabili quando i problemi richiedono un'assistenza specialistica.

La legge Basaglia n. 180/1978 e la legge finanziaria n. 724/1994 hanno strutturato il sistema psichiatrico pubblico mediante la chiusura dei manicomi e l'apertura di servizi psichiatrici alternativi istituendo i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) comprendenti Centri di salute mentale, ospedali diurni, Strutture residenziali e Servizi psichiatrici di diagnosi e cure (SPDC). Ma spesso in queste strutture pubbliche è difficile garantire agli utenti la continuità assistenziale con lo stesso terapeuta e con le frequenze percepite necessarie dai pazienti.

Quando si decide di ricorrere a un psicoterapeuta privato in autonomia è importante valutarne la preparazione specifica e le referenze, in particolare l'abilitazione professionale riconosciuta dallo Stato. Esistono diverse figure professionali preposte all'assistenza della malattia psichiatrica quali psichiatra, psicologo, psicoterapeuti con differenti tipi di formazione, assistente sociale.

La National Mental Health Association (Associazione Nazionale per la Salute Mentale) consiglia di evitare di rivolgersi a persone od organizzazioni che non siano legalmente riconosciute e non forniscano risposte chiare e soddisfacenti alle domande del paziente o che cerchino di coinvolgerlo in un impegno finanziario a lungo termine.

Il paziente che si rivolge a un terapeuta deve ricordare che consentirà a un'altra persona di divenire custode dei suoi vissuti e pensieri più intimi. È importante che il paziente possa sentirsi libero di fare tutte le domande che ritenga necessarie prima di decidere se affidarsi a questo o a quel terapeuta. Può consultare più persone e decidere in base alle risposte che il

professionista gli può fornire. Le domande più comuni da rivolgere al terapeuta sono (Hales D. La salute della mente, Longanesi edizioni, Milano, 1998):

- Può fare delle previsioni sulla durata della mia terapia?
- Verranno posti degli obiettivi durante il percorso terapeutico?
- Che frequenza hanno le sedute?
- Quanto dura una seduta?
- Quanto costa ogni seduta?
- Se non dovessi rispettare un appuntamento lo dovrò pagare lo stesso?
- Che cosa succede se arrivo in ritardo?
- Se dovessi avere bisogno di lei al di fuori degli appuntamenti prefissati lei è reperibile?
- Vorrei sapere qualcosa sulla sua formazione e sulla sua esperienza.
- Lei è iscritto all'Albo?

Dopo aver avuto un colloquio di questo tipo, l'assistito può fare le proprie valutazioni sulle impressioni che il terapeuta gli ha lasciato e sull'empatia instaurata nel colloquio al fine di decidere se iniziare un rapporto terapeutico o scegliere un altro terapeuta.

Durante la psicoterapia l'assistito può rilevare elementi predittivi di un trattamento inappropriato (Singer M. Psicoterapie folli, Erickson edizioni, Trento, 1998) :

1. La storia pregressa del paziente non viene esaminata in modo adeguato.
2. La diagnosi è errata o non viene neppure posta.
3. Il problema non viene identificato.
4. Programma e obiettivi del percorso terapeutico non vengono definiti.
5. Ruoli e confini terapeutici sono poco chiari.
6. Il terapeuta non tiene conto dello squilibrio di potere tra sé e il paziente.
7. Viene favorita la dipendenza dal terapeuta.
8. Le tecniche terapeutiche sono inadeguate o usate in modo scorretto (per esempio vi è un abuso di farmaci).

9. Il terapeuta segue teorie parnormali o filosofie new age non dimostrate scientificamente.

10. Non esiste connessione tra metodi adottati e obiettivi da raggiungere.

11. Il terapeuta non riconosce la sua influenza sul rapporto terapeutico.

12. Il terapeuta non rispetta il segreto professionale.

13. Il terapeuta non è professionale e abusa del paziente.

14. Non si valutano i progressi.

15. Il paziente è abbandonato improvvisamente.

In questo caso l'assistito deve valutare la necessità di cambiare terapeuta, confrontandosi sul problema col proprio medico curante di fiducia.

■ **Trattamento sanitario obbligatorio**

Quando appare indifferibile la necessità di cure per malattia mentale e manca il consenso alle stesse da parte del paziente infermo di mente, si fa ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), istituito dalla legge Basaglia n. 180/1978 (in G.U. n. 133 del 16.5.1978) e integrato dalla legge n. 833/1978.

La legge n. 833/78 afferma che gli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di ufficiale sanitario, su proposta motivata di un medico e sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate.

Spetta dunque al medico certificare la necessità di un TSO indirizzando una proposta motivata al sindaco il quale emette un provvedimento che consente l'accompagnamento forzato dell'infermo nel luogo di cura, eventualmente con l'intervento delle forze dell'ordine e dell'assistente sociale.

Nel caso in cui sia necessaria la degenza, il provvedimento deve esse-

re convalidato dal medico ospedaliero accettante la degenza.

Pertanto è utile, anche se non codificato, allertare preventivamente la struttura dove si intende ricoverare il paziente, per assicurarsi della recettività della struttura e della convalida del provvedimento.

Il TSO deve essere accompagnato da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. Nel corso del TSO l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

In caso di minori in cui i rappresentanti legali si oppongono al TSO, la cui omissione può causare grave danno per la salute dell'infermo, il medico deve informare il Giudice Tutelare presso il Tribunale per i minorenni il quale, ai sensi degli artt. 330 e 333 del Codice Civile, può sospendere temporaneamente la potestà sul paziente dei rappresentanti legali resistenti e ordinare l'esecuzione dei trattamenti sanitari necessari.

Va rilevato che con la legge n. 180/1978 il criterio di intervento nei confronti del paziente con malattia mentale non è più il giudizio di futura pericolosità per sé o per gli altri, peraltro di attendibilità controversa, ma la necessità indifferibile di cure.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento col quale è stato disposto o prolungato il TSO.

Sulla richiesta di revoca o di modifica, il sindaco decide entro 10 giorni.

Il provvedimento del sindaco può essere impugnato con istanza di sospensione rivolta al Tribunale competente per territorio.

Poichè l'art. 85 CP prevede la non punibilità per i malati mentali che commettono un reato, rimangono aperti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per l'internamento coatto di malati mentali socialmente pericolosi che hanno commesso un reato (art. 202-203 CP) quando il giudice nella sentenza di condanna ritiene che sia alta la possibilità che possano commettere nuovi reati.