

CASE REPORT N° 11**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Una donna di 34 anni, gravida al quarto mese, viene ricoverata in psichiatria dopo un tentativo di suicidio. Appartiene ad una minoranza etnica e lei ed il marito vivono con i suoi suoceri. Avvisa i medici di essere immigrata in seguito ad un progetto relativo all'unificazione delle famiglie ma di avere delle difficoltà nell'adattarsi al nuovo ambiente. E' analfabeta, non può comunicare nella lingua del suo nuovo paese e attraverso un interprete riferisce di sentirsi come una prigioniera vessata dai suoceri che la costringono a lavorare sodo. Il marito le fornisce solo un piccolo supporto. Ha cinque bimbi piccoli ed è in attesa del sesto. Presa dalla disperazione ha deciso di porre fine alla sua vita gettandosi sotto un'auto; è stata appena salvata ed accompagnata al pronto soccorso psichiatrico. In ospedale viene diagnosticata una leggera depressione ma non più idee suicidali. E' molto arrabbiata con i familiari e non vuole alcun contatto con loro, poiché, se venissero a conoscenza del tentato suicidio, le renderebbero la vita ancor più problematica. La sua famiglia, non capendo per quale motivo sia ricoverata fra le persone "matte", la vuole portare a casa. I familiari, pensando di aver diritto ad una spiegazione per il ricovero in psichiatria, vogliono avere un consulto con lo psichiatra, che però rifiuta la loro richiesta di colloquio senza il consenso della paziente. La donna percepisce che la sua condizione diventerà ancor più difficile se il suo tentativo di suicidio diverrà noto alla sua famiglia acquisita.

M.Kastrup
DANIMARCA

Domanda: **lo psichiatra dovrebbe informare la famiglia del tentato suicidio della paziente?**

- 1) SI, rivelando l'informazione la donna sarebbe sorvegliata dalla famiglia contro ulteriori simili tentativi, promuovendo così la sua sicurezza e proteggendo la sua vita.
- 2) SI, poiché probabilmente la famiglia avrà queste informazioni dalla polizia.
- 3) SI, poiché la famiglia potrebbe cambiare il suo comportamento e diminuire la pressione sociale sulla paziente con l'aiuto dell'équipe curante.
- 4) NO, al medico è vietato rivelare delle informazioni a seguito del segreto professionale.

Commento:

Generalmente lo psichiatra è vincolato, legalmente ed eticamente, a non rivelare qualsiasi informazione che gli sia rivelata all'interno della sua relazione col paziente. Apparentemente l'obbligo dello psichiatra a tenere segrete le informazioni confidenziali del paziente è stata una pietra miliare dell'etica medica sin dai tempi di Ippocrate. Il Giuramento di Ippocrate recita: "Ciò che posso udire o vedere durante il trattamento, o persino al di fuori del trattamento, in relazione alla vita degli uomini e che non è giusto rivelare all'esterno lo terrò per me stesso, ritenendo disonorevole riferirle". Si tratta di un tipico caso di problema transculturale: gli psichiatri dei paesi sviluppati non sono sempre ben preparati a trattare con pazienti che provengono da paesi con culture tradizionali diverse. In queste comu-

nità il gruppo è forte e spesso invade la privacy degli individui che lo costituiscono, specie quando si tratta di donne analfabete e dipendenti dalla famiglia.

Spesso il medico non conosce le sfumature culturali che si celano dietro un qualche comportamento specifico, o preferisce ignorare quelle che esulano dalla cultura dominante, o sminuendo il loro valore o trincerandosi dietro la legalità. Raramente i medici sono formati espressamente a porre attenzione alle differenze culturali e, in società multiculturali, sarebbe impossibile conoscere tutte le differenze. Sull'assunto che i medici hanno l'obbligo di seguire i loro pazienti nel miglior modo possibile, qualsiasi problematica culturale, che possa interferire o sottendere ad una patologia che affligge l'individuo, dovrebbe essere considerata e capita prima che lo stesso clinico prenda la decisione di ignorarla.

Dirlo o non dirlo alla famiglia: entrambe le soluzioni sono cattive. Dirlo può prevenire un altro tentativo di suicidio. Naturalmente la famiglia sarà astiosa nei confronti della paziente per il suo tentato suicidio, ma sarebbero probabilmente ancora più astiosi se non fossero informati, specie se ve ne fosse un altro. Potrebbero addirittura citare in giudizio il medico per aver loro nascosto questo evento se la paziente dovesse aver successo nel suicidio. Per non sottolineare il fatto che la polizia avrebbe probabilmente informato la famiglia sul comportamento della paziente per strada. E' probabile che un medico, nel paese di origine della

paziente, avrebbe più facilmente raccontato ai familiari che non il medico in Danimarca. Entrambi hanno ragione, a seconda del contesto e della modalità con cui lavorano e si rapportano con il paziente e con la sua famiglia.

Come nella grande maggioranza dei casi, in questa situazione si può intravedere una possibilità di crescita personale; il medico ha il dovere di discutere apertamente con la paziente il suo comportamento e le implicazioni derivanti dal rifiuto di accettare i dettami della propria cultura. D'altro canto la paziente ha diritto a tutte le informazioni utili, incluse le conseguenze positive o negative proprie del suo dilemma culturale, così da poter prendere una decisione consapevole sul corso futuro della vicenda. Coinvolgere la famiglia nel processo terapeutico aiuterà nella differenziazione transculturale su come la cultura dominante vede il ruolo della famiglia nella patologia e ciò sarà congruo con i valori insiti nella cultura del paziente.

CASE REPORT N° 12**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Il sig. Y., di 51 anni, si presenta al suo Medico di Medicina Generale in compagnia di sua moglie, la sig.ra X., di 30 anni.

Al sig. Y. era stata diagnosticata una depressione maggiore, esacerbata da numerosi eventi sociali stressanti. Questi comprendevano una recente diagnosi di AIDS, la diagnosi di HIV fatta alla moglie, la loro incapacità a concepire un figlio, e un aumento esponenziale di aggravamento finanziario derivante dai costi per IVF (fertilizzazione in vitro), dai rendiconti dell'agenzia per le adozioni, e dai costi per gli interventi chirurgici della moglie (fistola retto-vaginale). Egli chiedeva ripetutamente al suo MMG, che era anche il MMG della sig.ra X., informazioni su come avesse potuto contrarre l'AIDS dal momento che non aveva mai fatto uso di droghe per via endovenosa, né aveva mai avuto rapporti sessuali non protetti, se non con la moglie, o corso altri rischi. Desiderava inoltre ulteriori informazioni sull'infertilità di sua moglie ed era depresso e deluso dal fatto che viveva come un conflitto con il medico il suo non essere disponibile.

Trascorreva molto tempo in ruminazioni su questi problemi: si sentiva in colpa per non poter fare di più per la moglie, e triste e depresso per non essere in grado di diventare padre. Ciò che lo angustia di più era il credere di aver infettato con l'HIV la sig.ra X. e di averla perciò "uccisa".

All'insaputa del sig. Y., la sig.ra X. era stata conosciuta come sig. X. Il sig. X. era nato uomo, ma aveva effettuato un intervento per cambiare sesso in Brasile all'età di 18 anni, intervento finanziato da un vecchio benefattore. Dopo l'intervento chirurgico la sig.ra X. aveva intrapreso la via della prostituzione, dove contrasse l'HIV, ed era consapevole di ciò da molti anni. Quando incontrò il sig. Y. non

gli rivelò di essere stata un uomo né gli confidò la sua condizione di essere affetta da HIV. Probabilmente glielo trasmise. La sig.ra X. non voleva permettere al chirurgo e al MMG di raccontare la sua vicenda al sig. Y. poiché pensava che questo l'avrebbe "distrutto", peggiorandone la depressione e conducendolo probabilmente al suicidio.

S. Bloch
AUSTRALIA

Domanda: lo psichiatra avrebbe dovuto informare il marito della vicenda della moglie?

- 1) NO, la regola del segreto professionale vieta al medico di fornire al marito qualsiasi informazione ottenuta dalla moglie. Il grande danno che potrebbe essere causato dal fornire informazioni al marito, compreso il pericolo che possa commettere un suicidio, oltrepassa ogni possibile beneficio derivante dal rivelare la verità.
- 2) SI, c'è una relazione medico paziente fra il medico ed il marito, il marito richiede delle risposte alle sue domande, le risposte sono ottenibile dalle informazioni fornite dalla moglie al dottore ed il dottore è perciò autorizzato a fornire le informazioni al marito.

Commento:

Ovviamente questo è un caso difficile da qualsiasi punto di vista lo si consideri.

Sul piano medico la depressione del marito tende ad aggravarne la già precaria salute fisica e il sesso non protetto fra marito e moglie, quando cercano ripetutamente di avere un bimbo, può aver creato per entrambi una so-

vra infezione da HIV, non essendo il marito a conoscenza del fatto che la moglie non poteva rimanere gravida.

Dal punto di vista etico è vero che la posizione del MMG è difficile poiché è il medico curante di entrambi i coniugi, impelagato in una situazione strana e complessa. La miglior mossa del dottore sarebbe stata affidare uno dei due coniugi ad un altro medico. Questa mossa non gli avrebbe permesso di raccontare la verità al marito in quanto medico curante, ora o in passato, della moglie, e l'obbligo del segreto professionale è valido durante l'intera vita del medico ed oltre.

Sul piano morale e probabilmente anche legale molte società condannerebbero la moglie per avere infettato il marito e per truffarlo nascondendogli il passato. D'altro canto, psicodinamicamente, il marito "sa senza voler sapere". Quando chiede al medico come può aver contratto l'infezione da HIV, probabilmente avverte che la moglie può averlo contaminato; in ogni caso non osa affrontare una realtà così penosa e nega. La predizione della moglie che egli potrebbe suicidarsi se conoscesse la verità deve essere considerata molto seriamente. Un'altra possibile mossa può essere quella di convincere la moglie a rivelargli lentamente la verità, con un notevole supporto psicoterapico per entrambi i coniugi.

La franchezza nella comunicazione è una componente essenziale di ogni relazione.

In questo caso, sfortunatamente, la moglie ha ingannato il marito due volte, la prima non rivelandogli il suo

passato e la seconda non esponendogli la sua attuale condizione; in più sta barando anche con il medico ponendo delle limitazioni alla sua capacità di aiutare il marito. Se il medico non svela i suoi problemi al marito, collude con il suo inganno. La motivazione del rifiuto della signora a farsi carico del suo passato e delle condizioni attuali dovrebbe essere esaminata accuratamente poiché potrebbe essere che la sua motivazione non sia la paura che il marito si suicidi se venisse a conoscere la verità, ma un desiderio che si suicidi non conoscendo come e per cosa si è ammalato. Egli ha il diritto di conoscere, senza considerare le conseguenze teleologiche della rivelazione. Applicando una analisi consequenzialistica che vede esclusivamente il risultato negativo del suicidio, si fallisce e non si intravede che da una decisione rivelatrice potrebbero anche esitare risultati positivi per entrambi i pazienti.

CASE REPORT N° 13**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Un quarantaseienne, sposato e padre di tre figli, lavora come autista di autobus su una linea interurbana con tratti difficoltosi attraverso le montagne. Durante un consulto con un medico riferisce che il suo principale problema consiste nel fatto che ha iniziato a sperimentare degli episodi acuti di tachicardia da oltre cinque mesi, a seguito della morte della madre. Era accaduto per la prima volta per strada, quando aveva pensato di poter perdere i sensi e di essere prossimo alla morte. Al pronto soccorso dell'ospedale dove era stato accompagnato gli fu diagnosticato che il suo cuore era in ottimo stato ma, considerando il suo stato di tensione, gli fu consigliato di prendersi una vacanza. Al rientro dalle ferie cominciò a presentare episodi simili specialmente quando guidava attraverso le montagne. Cominciò anche a credere che non avrebbe più potuto svolgere il proprio lavoro e che sarebbe finito sul lastrico.

Si ostinava a pensare che fosse esclusivamente un problema di cuore, rifiutandosi di credere di poter essere affetto da una qualche forma di attacco di panico probabilmente complicata da agorafobia. Rifiutandosi di accettare qualsiasi terapia psicotropa o psicoterapia, richiese delle cure ad un cardiologo. Sostenne che si sarebbe rifiutato di assumere "lo stesso tipo di medicine della madre", che era stata trattata per anni come schizofrenica. Nello stesso tempo continuò a lavorare sulla sua difficile linea di autobus, poiché aveva contratto un debito che doveva ripagare.

D. Moussaoui
MAROCCO

Domanda: **lo psichiatra doveva informare il datore di lavoro dello stato di salute del paziente?**

1) SI, il rifiuto del paziente ad accettare la valutazione professionale che (anche) lui era affetto da disturbo mentale può essere assimilabile al causare un incidente, una ferita o l'uccisione non solo di se stesso ma anche dei passeggeri dell'autobus. Il pericolo per le vite dei passeggeri e del guidatore risulta più importante dell'infrangere il segreto professionale.

2) NO, a questo livello il medico deve salvaguardare la relazione con il paziente, collaborare con il cardiologo e con lo psichiatra, e proporre un tipo di trattamento che risponda ai bisogni cardiologici e psichiatrici.

3) NO, il segreto professionale nega al medico ogni diritto ad infrangerlo. Informare il datore di lavoro avrebbe potuto causare il licenziamento dell'autista.

Commento:

La chiave per risolvere questo caso è convincere il paziente. Non è falso dire al paziente, in collaborazione col cardiologo, che un inibitore della ricaptazione della serotonina avrebbe fermato i suoi sintomi cardiaci. Un disturbo di panico con probabile agorafobia, con o senza depressione è insorto, dopo il decesso della madre affetta da disturbo mentale (sulla depressione il case report non fornisce alcuna informazione). Tenendo conto dello stigma che questo paziente ha verso la psichiatria ed i trattamenti psicotropi, è preferibile indirizzarlo per la terapia ad un cardiologo. Solo se il paziente rifiuta completamente qualsiasi tipo di inter-

vento e continua a peggiorare si può informare il medico competente della compagnia, che dovrebbe nuovamente cercare di spiegare il pericolo di guidare un autobus in tali condizioni psicopatologiche. Dal punto di vista etico la maggior responsabilità del medico è verso il paziente sofferente. Comunque, se la malattia può causare morte o ferite per dozzine di persone, vi è anche una responsabilità del medico verso la comunità.

Simili casi possono verificarsi con piloti di aerei o conduttori di treni in casi di epilessia o di disturbo da abuso di sostanze, ad esempio.

La decisione di questo paziente di non seguire alcun trattamento per i suoi attacchi di panico avrebbe interessato, in condizioni di normalità, solo lui e i suoi parenti stretti. Fa parte del diritto delle persone effettuare o no un trattamento prescritto. Questa sarebbe la fine della discussione, se non fosse per il lavoro del soggetto. L'essere affetto da una forma grave di attacchi di panico quando si ha nelle mani la sicurezza di altri solleva una serie di complicazioni nella sua conduzione. Un grave attacco di panico nel mezzo di un traffico intenso o su una strada impegnativa, si suppone impatti sulla capacità di questa persona di condurre l'autobus in modo sicuro e perfettamente consapevole. Perciò il rischio per la gente, sia passeggeri del bus che guidatori di altri veicoli, sarebbe elevato. In alcune nazioni, per legge, senza riguardo per il segreto professionale, un caso di questo genere avrebbe dovuto essere se-

gnalato e l'individuo avrebbe avuto una scelta tra il trattamento ed il controllo appropriato delle condizioni mediche o la rinuncia ai suoi privilegi di guida. Una licenza di guida non è un diritto, ma un privilegio di cui gode il possessore per rispondere ad alcune aspettative ed obblighi. Se non riferito e qualcosa accade lo psichiatra può essere sottoposto, per legge, a sanzioni penali. Un'argomentazione utilitaristica può essere espressa in relazione al bene della maggioranza verso il bene del singolo. Dato che le conseguenze possono essere disastrose per il paziente, per i passeggeri e per lo psichiatra, quest'ultimo dovrebbe prendere una decisione su base deontologica (che si applica da caso a caso). Nel caso del paziente, le sue responsabilità originano da concetti morali, in primis nel suo ruolo di autista di mezzi pubblici, secondariamente sulla responsabilità e casualità che possa verificarsi un incidente, e da ultimo sulla sua capacità (competenza) di guidatore.

CASE REPORT N° 14**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Il caso si è verificato in un paese europeo nel quale, durante gli ultimi trent'anni, è stato ripetutamente ribadito (talvolta anche dai rappresentanti di associazioni di psichiatri) che uno psichiatra che lavora nel pubblico deve essere visto come un attivista "politico". Accadde che un professore universitario di psichiatria, in quel paese utilizzò nel suo dipartimento terapia elettroconvulsivante, per la prima volta dopo 27 anni, per un paziente con un quadro clinico estremamente complesso resistente alla farmacoterapia. Uno degli assistenti del professore, iscritto ad un partito politico, fotocopiò la cartella clinica del paziente e la diede ad un avvocato del partito. La fotocopia fu quindi inviata ad un giornale di rilievo e il giorno seguente, sul giornale, apparve un articolo a piena pagina che accusava il professore per il trattamento barbaro che aveva attuato. L'articolo era accompagnato da numerose interviste a psichiatri, nessuno dei quali disse che la terapia elettroconvulsivante, in specifiche condizioni cliniche, è considerata un trattamento appropriato da parecchie linee guida internazionali. Il preside di facoltà non prese alcun provvedimento disciplinare contro l'assistente, ma chiese al professore di "fornire una spiegazione" e di promuovere "un pubblico dibattito" all'interno della facoltà sull'uso della terapia elettroconvulsivante. Il quadro clinico del paziente migliorò significativamente dopo la terapia, ma nessun riferimento a questo fatto venne fatto, né sul giornale né in ogni altra occasione pubblica.

M. Maj

ITALIA

Domanda: l'assistente era autorizzato a diffondere pubblicamente le informazioni?

1) Sì, il diritto di conoscere della società oltrepassa il dovere del segreto

professionale.

2) SI, il diritto dei medici di controllare l'uso delle metodiche terapeutiche oltrepassa il ruolo del segreto professionale.

3) NO, all'assistente non era permesso anteporre il proprio credo ideologico al dovere di mantenere il segreto professionale.

Commento:

Il movimento anti psichiatria, nelle sue forme dure e nelle sue forme soffici, esiste ovunque nel mondo, anche fra gli psichiatri. Rivolgersi alla comunità attraverso un dibattito accademico come quello fra i pro e i contro dell'elettroshock terapia è lecito. Fotocopiare la cartella di un paziente e diffonderla a individui non medici o non appartenenti all'équipe curante non è assolutamente etico. Se il nome del paziente non è nascosto, e se il paziente è riconoscibile attraverso informazioni contenute nella cartella clinica, il paziente ha il diritto di citare in giudizio l'assistente. I supposti "più alti valori" dell'assistente riferiti all'interesse sociale e la necessità di conoscere le motivazioni avrebbero potuto essere raggiunti senza infrangere i diritti degli altri. In questo caso il fine non giustifica i mezzi. Servirsi di qualcuno che non può difendersi per portare avanti un proprio punto di vista politico è amorale e riprovevole. In molte nazioni è un'offesa criminale rivelare il contenuto di una cartella clinica a chiunque non sia autorizzato e quando non sia consentito dal paziente.

Il Rettore mostra una turpitudine morale allineandosi con la maggioranza. Decide di immolare il segreto professionale delle cartelle mediche affidate al suo ospedale e a lui stesso come capo dello staff medico del suo dipartimento. Sacrifica anche l'integrità morale del suo dipartimento e gli interessi di un membro della sua facoltà. In un'analisi di responsabilità egli ha mancato nell'adempimento dei suoi doveri.

CASE REPORT N° 15**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Una donna sposata di 37 anni si rivolge al suo medico curante lamentando perdite vaginali e prurito attorno alla vulva. Dopo aver effettuato la visita e alcuni tests il dottore le fissa un secondo appuntamento e le chiede di presentarsi con il marito. Durante questa seconda visita li avverte della diagnosi di infezione sessualmente trasmessa e li consiglia di astenersi da ulteriori atti sessuali. Chiede anche al marito di sottoporsi ad esami di laboratorio consegnando poi i referti richiesti alle autorità sanitarie. L'informazione provocò una grave frattura coniugale e la coppia divorziò. In questo caso il marito non era infetto e, al successivo appuntamento, il medico chiese scusa alla moglie poiché aveva scoperto che aveva solo un'infezione banale da monilia, ma che il laboratorio gli aveva inviato informazioni che appartenevano ad un altro paziente.

J.Arboleda-Flòrez

CANADA

Domanda: il medico doveva avvertire il marito che la moglie era affetta da un'infezione sessualmente trasmessa?

1) NO, al medico è vietato rivelare informazioni dal segreto professionale. Avrebbe dovuto chiedere prima alla moglie se era d'accordo a rivelare le informazioni al marito.

2) SI, il medico poteva presumere che la moglie fosse d'accordo nel rivelare le informazioni dal momento che si era presentata con lui al secondo appuntamento.

Commento:

Il segreto professionale presuppone che qualcosa di “segreto” possa essere rivelato da qualcuno ad una seconda persona che non lo ripeta ad una terza. Il segreto professionale si riferisce pertanto al diritto di un paziente a che queste informazioni, fatte in confidenza al medico, non siano divulgate a terzi. E’ originato dal più ampio diritto del paziente alla privacy che difende contro un’ampia varietà di intrusioni sulla libertà del paziente da parte di attenzioni non volute. Le informazioni ottenute durante la relazione terapeutica dovrebbero essere assunte in segretezza e usate, solo ed esclusivamente, col proposito di migliorare la condizione mentale del paziente.

Le azioni del medico hanno talvolta un effetto disastroso sui pazienti e sulle loro famiglie. Annunciare un’infezione sessualmente trasmessa, specie quando si tratta di HIV, può essere spaventoso, specialmente se poi risulta essere un errore del laboratorio.

E’ per questo che è fondamentale un doppio controllo con il laboratorio e, dopo aver fornito i risultati al diretto interessato, insistere sul fatto che sono provvisori, finché non siano stati fatti controlli crociati con altri laboratori.

eticamente è altrettanto chiaro che la diagnosi e la sua rivelazione al marito avrebbero dovuto essere discusse prima di tutto con la donna.

Il medico ha agito in fretta e le sue motivazioni non sono

chiare. Egli poteva essere denunciato penalmente in quanto aveva causato gravi danni agli interessi legali della sua paziente. Anche se la signora si era dichiarata d'accordo nel farsi accompagnare dal marito, il contenuto del secondo incontro poteva non esserle completamente chiaro. Il medico ha il dovere di esaminare e valutare approfonditamente ogni evento straordinario riguardante la salute prima di informare il paziente, lasciando fuori gli altri. Il non aver effettuato controlli sui risultati si ascrive a negligenza medica. La sua fretta di infrangere il segreto professionale col proposito di svolgere un ruolo utile non è giustificata dal momento che, allo stato attuale, gli interessati sono solo due e che la decisione di informare il marito avrebbe potuto aspettare la conferma dei risultati da parte di altri tests.

CASE REPORT N° 16**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Una potente donna politica sessantottenne era affetta da morbo di Lou Goerigh e le avevano pronosticato non più di 1 anno di vita. Aveva proibito al suo medico di non comunicare mai le sue condizioni nemmeno al marito o alla sua famiglia a causa della delicata situazione politica che una simile rivelazione avrebbe messo in discussione o avrebbe reso necessarie ulteriori consultazioni. Quando le sue condizioni peggiorarono, le pressioni sul medico aumentarono, al fine di consultare un altro medico o di ospedalizzarla. Seguendo le espresse direttive della sua paziente egli rifiutò, ma la famiglia insistette per un consulto ed un eventuale ricovero in ospedale.

J. Arboleda-Florez
CANADA

Domanda: il medico doveva informare la famiglia e la comunità della malattia della paziente?

- 1) NO, questa informazione appartiene alla paziente e dovrebbe essere comunicata solo dietro consenso del paziente stesso.
- 2) NO, potrebbe essere causa di danno politico per la paziente e per la comunità.
- 3) SI, la comunità ha il diritto e l'interesse a conoscerla.

Commento:

La salute di politici, artisti e di altre persone famose, specialmente quando sono affette da gravi malattie, diventano facilmente notizie da prima pagina per i media. E' comprensibile per un medico dubitare del principio

di segreto professionale quando si giunge ad un capolinea come il morbo di Alzheimer.

Ma quando si tratta di una patologia neurologica mortale come questa, che non compromette le funzioni cognitive fino alla morte, non vi è dubbio che il principio del segreto professionale debba essere rigidamente osservato.

Il problema è se sia giusto o meno nascondere la verità quando è in gioco non solo l'interesse del singolo individuo, ma quello di un più ampio numero di persone visto che, in questo caso, si tratta di un politico. Anche gli interessi del suo partito erano in gioco. Il partito ha bisogno che le sue condizioni vengano definite e di prepararsi ad una successione regolare. I politici sono persone pubbliche. Cose che sono private e confidenziali per molti possono non esserlo per loro perché l'interesse pubblico ne potrebbe risultare compromesso. Perciò, deontologicamente, la decisione della donna di nascondere la verità si colloca su un terreno instabile. Il medico ha il dovere di mantenere il segreto sulle condizioni della sua paziente, ma ha anche il dovere di valutare con lei tutte le possibili conseguenze della sua decisione. Ella deve capire che poiché la sua fine si avvicina, sarebbe impossibile nascondere più a lungo i fatti e sarebbe in una posizione peggiore per prendersi cura dei suoi affari personali e politici. Comunque, fino a quando sarà mentalmente lucida, il medico dovrà rispettare la sua decisione.

CASE REPORT N° 17**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Un bimbo di 8 anni fu condotto all'ospedale psichiatrico dall'assistente sociale a causa di problematiche familiari che gli causavano disturbi del comportamento. Il bimbo ed il fratello erano coinvolti in gravi conflittualità tra i genitori, relative al divorzio, ed erano temporaneamente affidati al padre. Nel primo colloquio diagnostico il comportamento del bambino si poteva definire come ostile; era furioso, e le sue risposte laconiche. Il tempo dell'incontro era finito, il padre entrò nella stanza, e di fronte al bambino domandò di poter vedere ciò che era scritto nella sua cartella. Disse "Secondo la legge sui diritti del paziente ho il diritto di vedere ciò che avete scritto sulla cartella di mio figlio". Aggiunse che era necessario per lui conoscere ciò che il bambino pensava di lui e della madre. Sembra che il padre pensasse che il figlio fosse più affezionato alla madre, e anche che lo tradisse amando la mamma. Il bimbo era sicuramente consapevole dell'intrusività del padre e perciò rifiutava di collaborare nell'esame psichiatrico. Era perciò chiaro che il bambino aveva paura di collaborare e di rivelare i suoi sentimenti ed i suoi pensieri poiché la sua esperienza gli diceva che la rabbia del padre poteva essere molto pericolosa.

R. Finzi-Dottan

ISRAELE

Domanda: il medico doveva mostrare al padre i contenuti della cartella?

1) NO, la richiesta del padre è un chiaro tentativo di violare il diritto alla privacy del bambino. La sua rivelazione non farebbe il miglior interesse del bambino.

2) SI, i genitori sono autorizzati come tutori a prendere visione delle cartelle mediche dei propri figli.

Commento:

Di solito le informazioni sui problemi di salute dei bambini dovrebbero essere rivelate ai genitori, a meno che ciò possa far del male al bambino. Questo accade meno nella neuropsichiatria infantile e nella psichiatria dell'adolescenza, poiché il segreto e la privacy rappresentano un elemento essenziale nel rapporto con l'utenza. Spesso i medici sono imbrigliati nella loro scelta fra varie soluzioni di un problema etico. Una delle eventualità facilitanti a trovare la soluzione migliore è il seguente quesito: "Dov'è l'interesse maggiore per il paziente?". Ovviamente in questo caso non è nell'interesse del bambino che il padre sappia ciò che egli può aver detto al medico.

Il terapeuta ha il dovere di proteggere non solo il segreto professionale e la privacy del giovane paziente, ma anche la sua futura efficacia nell'essergli di aiuto, e, per estensione, anche l'integrità fisica del paziente se il padre dovesse perdere il controllo come sembra essere già successo.

CASE REPORT N° 18**OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE**

Una giovane donna nubile di 27 anni si presenta per un trattamento segnalando in anamnesi un grave comportamento di binge-eating con massiccio uso di lassativi che dura da oltre 10 anni. La paziente passa più di 12 ore al giorno rimpinzandosi di cibo e poi vomitandolo. Col progredire del trattamento, divenne chiaro che il comportamento della paziente era il suo tentativo di preservarla dal mettere in atto una grave e continua ideazione suicidaria. La paziente non viveva con la sua famiglia, ma i suoi genitori abitavano nella stessa città e non erano a conoscenza della gravità della sua condizione. La paziente venne arruolata in un trattamento ambulatoriale a lungo termine, con momenti di ospedalizzazione quando le intenzioni suicidarie diventavano più forti. Dopo parecchi anni di trattamento la famiglia concluse che la paziente era diventata troppo dipendente dallo psichiatra curante e tentarono di far sì che i superiori dello psichiatra lo rimuovessero dal trattamento della figlia. Anche quando ciò si verificò, la paziente non volle che la famiglia conoscesse la natura e la gravità della sua condizione.

Tasman
U.S.A.

Domanda: **la famiglia doveva essere avvertita della natura e della gravità delle condizioni della paziente?**

- 1) NO, l'équipe medica doveva rispettare il ruolo legato al segreto professionale.
- 2) SÌ, il rischio che la paziente potesse porre fine alla propria vita giustificava l'interferenza a vantaggio dei suoi parenti stretti.

Commento:

E' chiaro che nel contesto di questa relazione terapeutica la volontà della paziente debba essere rispettata, il che significa che il medico non deve rivelare ai genitori né la diagnosi né la prognosi. Anche se rivelati, non sarebbero di alcun aiuto alla paziente, a causa del distacco esistente fra la paziente e i suoi genitori.

La paziente è adulta e sembra in grado di intendere. Gli adulti in queste condizioni possono prendere decisioni irrazionali poiché, in qualche modo, sono decisioni ponderate. La considerazione che sarebbe meglio per lei ottenere il supporto della sua famiglia è paternalistico e utilitaristico. Potrebbe essere che, sul piano esistenziale, stia meglio nel dover provvedere con sofferenza alla propria sopravvivenza che diventare dipendente dall'aiuto dei suoi genitori. La libertà ha i suoi costi e, talvolta, la peggior schiavitù è quella che si veste di bontà. Questo caso mostra quanto sia importante il retroterra culturale sia dal punto di vista medico che da quello etico. In una società tradizionale sarebbe impossibile immaginare una giovane donna nubile malata vivere da sola in una casa differente da quella dei propri genitori. Ciò perché il concetto di autonomia è essenziale in molti paesi, dal Nord America all'Europa Occidentale, ed è invece molto più debole in molte società tradizionali di Asia, Africa e America Latina.

CASE REPORT N° 19

OGGETTO: PUBBLICAZIONE SCIENTIFICA

Dr X. pubblicò un articolo su due sogni tratti da psicoterapie (senza alcuna chiave che potesse identificare il paziente), facendo una diagnosi dettagliata e valutazioni prognostiche. Una versione ridotta fu pubblicata in una rivista dedicata agli Aggiornamenti sulle Scienze Umane.

Poiché il dr X. era un collega prestigioso, ero abituato ad inserire il suo nome nella mia lista di referenti personali.

Quando la mia collega di lavoro in ospedale mi chiese il nome di un terapeuta le diedi tre nominativi, che comprendevano anche il dr X. Lo rifiutò categoricamente poiché pensava che avesse danneggiato in modo pesante sua sorella, quando era sua paziente.

Il problema traeva origine dal sopra menzionato articolo. La paziente aveva acquistato la rivista di Scienze Umane presso una rivendita di giornali e riviste proprio perché aveva notato il nome del suo terapeuta tra gli autori. Fu profondamente sconvolta quando riconobbe il suo sogno stampato sulla rivista e quando realizzò che i commenti teorici vertevano sulla sua personalità e sui suoi conflitti psicologici (anche se nessuno avrebbe potuto riconoscerla come il paziente).

Ella interruppe il trattamento e rifiutò ogni incontro col suo precedente terapeuta.

Y. B.
URUGUAY

Domanda: **in questo caso lo psichiatra era autorizzato a pubblicare l'articolo?**

1) Sì, poiché l'articolo non conteneva alcun riferimento riconoscibile.

2) SI, il diritto del paziente alla privacy si contrappone al diritto del pubblico al miglioramento della propria salute. La pubblicazione di ricerche scientifiche contribuisce al progresso della scienza e della medicina.

3) NO, perché il diritto alla privacy è superiore ad ogni altro diritto.

4) NO, il medico avrebbe dovuto mostrare l'articolo alla paziente e richiederne il permesso alla pubblicazione, sia nella forma presentata che con le eventuali correzioni richieste dalla paziente.

Commento:

A chi appartiene la cartella medica di un paziente? L'opinione diffusa è quella che appartenga al paziente. Ciò è vero anche per ogni produzione del paziente, artistica o di altra natura.

Questo giustifica il perché l'uso pubblico di un caso senza l'assenso del paziente non sia eticamente accettabile. Anche l'uso diretto o indiretto di un caso clinico per propositi didattici richiede il permesso del paziente. Questo non si applica a piccoli stralci come questi esempi di casi, quando non descrivono in dettaglio l'intero caso (ad esempio il contenuto delle allucinazioni o la descrizione del comportamento di una persona gelosa).

Il problema principale rimane con la pubblicazione di un caso, sapendo che può verificarsi un uso secondario di un articolo scientifico se vi è un interesse da parte dei media. Un consenso informato da parte del paziente è chiaramente necessario, anche se la persona non può essere riconosciuta dalle informazioni conte-

nute nell'articolo. Oltre a violare i ruoli di proprietà, il terapeuta viola anche i doveri di segreto professionale e di privacy anche se il paziente non può essere facilmente riconosciuto (ella si è riconosciuta e questo è abbastanza!). Utilizzare il materiale della paziente aiuta il terapeuta nella sua reputazione, ma non è di nessun vantaggio per la paziente stessa. Per secoli il bene sociale o il beneficio per la scienza è stato propagandato come un argomento utile a giustificare l'utilizzo degli esseri umani come oggetti di ricerca (specialmente i prigionieri), spesso senza il loro consenso e senza alcun vantaggio per loro.

Agli psichiatri è proibito far uso di informazioni riservate per benefici accademici. Gli psichiatri sono obbligati a mascherare i loro dati clinici, anche se ciò può portare detrimento al valore scientifico del materiale, al fine di evitare il riconoscimento del paziente. Talvolta è così difficile camuffare il materiale che non dovrebbe essere pubblicato, nonostante il suo valore scientifico.

CASE REPORT N° 20

OGGETTO: INFORMAZIONE AL PAZIENTE

D. era un quarantatreenne affetto da un disturbo affettivo bipolare grave e cronico per il quale stava avendo una prolungata ospedalizzazione. Un giorno l'infermiera in turno di guardia dove era ricoverato ricevette una telefonata dalla sorella di D. che la informava della morte improvvisa del loro padre. La sorella diede all'infermiera ulteriori dettagli sul funerale del padre che avrebbe avuto luogo il giorno successivo. L'infermiera contattò la psicoterapeuta di D., che era in vacanza, chiedendole cosa fare. La terapeuta suggerì all'infermiera di tener lontano l'informazione da D. fino al suo rientro dalle vacanze. Questo al fine di poter informare personalmente D. sulla perdita e potergli offrire il supporto terapeutico necessario per evitare qualsiasi più grave scompenso delle sue condizioni mentali e, in più, per avere un'opportunità per elaborare in profondità la relazione fra D. e suo padre.

La decisione della psicoterapeuta fu riportata al Direttore del Dipartimento, che ricusò immediatamente la decisione della terapeuta e ordinò che al paziente fosse permesso di partecipare al funerale del padre e di prendere parte allo Shiva (il tradizionale periodo di lutto di sette giorni della religione ebraica) assegnandogli perfino un membro dello staff come accompagnatore. Le ragioni del Direttore riguardo alla decisione presa erano le seguenti due:

1°) I pazienti hanno il diritto di sapere e il diritto di esperire eventi di grande significato personale nel momento in cui si verificano e non quando è conveniente per il terapeuta informarli. (In questo caso la terapeuta non era disposta ad interrompere le sue vacanze per essere al fianco del paziente in questo suo momento di dolore).

2°) E' compito dello staff che lavora in ospedale prendersi cura direttamente dei pazienti di quei terapeuti che sono momentaneamente assenti dall'ospedale per malattia, vacanze, periodi sabbatici ecc. E' loro

compito fornire a quei pazienti tutte le terapie ed il supporto emotivo necessari, specialmente quando i pazienti sono di fronte a eventi personali stressanti.

Epilogo: il paziente partecipò al funerale e allo Shiva, comportandosi in modo adeguato. Quando la terapeuta rientrò in ospedale fu in grado di elaborare le varie reazioni del paziente di fronte a quegli eventi difficili.

R. Mester

ISRAELE

Domanda: **Si doveva avvertire il paziente della morte del padre e permettergli di partecipare al funerale?**

- 1) NO, era meglio proteggere il paziente dal dolore provocatogli dalla comunicazione dell'evento e dalla partecipazione al funerale del padre.
- 2) SI, il paziente ha il diritto di essere rispettato e di ricevere informazioni veritiere.

Commento:

Il paziente ha il diritto all'autodeterminazione, per poter prendere liberamente le decisioni che lo riguardano. Uno dei più problematici dilemmi morali nella cura della salute si verifica quando i principi morali di far del bene al paziente e di rispettare la sua autonomia si contrappongono. Non rivelare la verità ai pazienti è come privarli della libertà di scegliere qualsiasi indirizzo terapeutico vogliano prendere e limitare la loro condizione di persone. La conclusione che l'onestà è la miglior politica in medicina solleva il problema di quando la verità deve essere detta. Una rivelazione piena e franca non deve obbligatoriamente significare una descrizione do-

lorosa di ogni possibile dettaglio della decisione.

Il potere medico è una realtà. Questo è il motivo per cui si dovrebbe procedere parallelamente ad un profondo senso di responsabilità. Anche se il paziente è affetto da una forma grave di disturbo bipolare, e può essere particolarmente sensibile di fronte a perdite e separazioni, avrebbe potuto essere per lui un grave trauma non essere informato della morte del padre e non partecipare al funerale. Il cerimoniale che circonda l'evento, associato al supporto sociale che lo accompagna, alla fine sono probabilmente efficaci tanto quanto l'aiuto di uno psicoterapeuta nel lenire l'impatto del trauma sul paziente. Di solito, in caso di assenza del medico curante, e in caso di emergenza, altri medici dell'équipe curante si prendono la responsabilità di seguire e cambiare il trattamento, anche se si tratta di un trattamento psicotrapico. La decisione del capo di dipartimento, dopo aver discusso con gli altri membri dello staff, era quella giusta.

All'interno del processo psicoterapeutico, è importante per la terapeuta chiarire al paziente la sua posizione e spiegare perché avesse suggerito di non informarlo della morte del padre mentre era in vacanza.

Il ragionamento della terapeuta a sostegno della sua decisione di non rivelargli la notizia e di privarlo così della possibilità di partecipare ad un rituale religioso e sociale di alto significato potrebbe apparire paternalistico, eccessivo e di vantaggio solo per lei e non per il suo paziente. Mentre la terapeuta analizza i rischi connessi con il rivelare le cattive notizie al paziente, non analizza i rischi connessi col non rivelargliele, il che potrebbe essere più devastante del contrario. La sua decisione "fai da te" non è buona per il paziente.

CASE REPORT N° 21

OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA

Un cinquantenne fu condannato a cinque anni per stupro nei confronti di una giovane che, in precedenza, aveva avuto con lui una relazione sessuale, sebbene egli fosse HIV positivo. Egli aveva precedenti condanne per stupro ma l'ultima sentenza era stata relativamente lieve poiché i consulenti prevedevano che morisse di AIDS mentre si trovava ancora in carcere.

Il consulente psichiatra aveva certificato, durante la perizia precedente, un disturbo di personalità antisociale ma che la responsabilità nei riguardi dell'atto criminale compiuto non era scemata. Durante la sua detenzione in carcere i trattamenti efficaci contro l'AIDS migliorarono sostanzialmente. L'uomo fruì di questa opportunità e la sua salute era migliore al momento in cui fu rilasciato rispetto al momento della precedente perizia.

Gli specialisti che lo avevano curato mentre era in carcere, l'opinione pubblica e i politici erano concordi che potesse essere pericoloso dopo il termine della detenzione e fecero pressioni affinché fosse valutato psichiatricamente al fine di un suo ricovero in ospedale psichiatrico.

N. Nedopil
GERMANIA

Domanda: si poteva richiedere una valutazione psichiatrica ai fini di proteggere la salute pubblica?

1) Sì, una valutazione obbligatoria è giustificata per il bene della comunità poiché siamo di fronte ad un criminale con una personalità antisociale e con un'anamnesi criminale che indica che può

essere pericoloso per la comunità in generale.

2) NO, non vi è alcun vantaggio nella valutazione poiché non vi è possibilità di ospedalizzarlo.

3) NO, poiché le risorse della salute mentale non dovrebbero essere utilizzate per rafforzare una protezione legale contro la criminalità, in assenza di malattia mentale.

Commento:

E' una domanda di cruciale importanza in politica sanitaria. E' di competenza della politica sociale e della giustizia carceraria la gestione di criminali pericolosi. Molte di queste persone hanno patologie criminali che richiedono una gestione penitenziaria, non gestioni cliniche, dal momento che non vi sarebbe alcun trattamento efficace oltre a quello custodizionalistico. Questa condizione, cioè che vi potrebbe essere l'utilizzo di risorse dedicate alla salute mentale, che già sono di per loro scarse, nell'ospitare criminali invece di fornire luoghi di cura per pazienti psichiatrici, riguarda l'equità, la giusta ripartizione e l'allocazione delle risorse per la salute mentale. Riguarda anche il concetto se la distribuzione di risorse sia un processo socialmente giusto e legittimato. Un problema aggiuntivo, in questo caso, è la sanità pubblica per cui sarebbe necessario un dibattito vigoroso sul quesito se la società ha il diritto di incarcerare preventivamente delle persone come mezzo per proteggere la salute della popolazione da pericoli potenzialmente provocabili da quelle

stesse persone. Quale “quid pro quo” vi è per la società nello scegliere fra la protezione della salute pubblica e la limitazione della libertà individuale?

Il problema degli individui con personalità antisociale è che sono rifiutati da entrambi i sistemi: quello psichiatrico e quello giuridico. Quando questi individui commettono un crimine normalmente gli psichiatri forensi riferiscono alla corte la loro piena responsabilità nelle loro azioni. D’altro canto il giudice vede bene che queste persone “non sono normali”, specie quando manifestano disturbi depressivi o ansiosi associati al loro disturbo di personalità, oppure presentano altre anomalie del comportamento quali, ad esempio, abuso di sostanze, dipendenza da alcool, tentativi di suicidio. Probabilmente è questa incertezza che ha permesso il ripetersi del comportamento di stupro. Appare chiaro che questa persona necessita di un periodico trattamento psichiatrico, ma se non accetta di essere visitato regolarmente da uno psichiatra per liberarsi del suo comportamento (il che è molto probabile), non ne sarà mai esente e sarà sempre più portato a comportamenti antisociali, compreso lo stupro. L’unica risposta a questo specifico comportamento, al fine di proteggere la società, rimane quella giuridica, con l’aiuto di supporto dello psichiatra.

Un altro interrogativo che questo caso pone è l’essere sicuri che l’individuo non sia affetto da una demenza secondaria all’infezione HIV.

CASE REPORT N° 22**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

Un ingegnere di 46 anni in preda a ricaduta acuta di schizofrenia paranoide telefona al pronto soccorso dell'ospedale psichiatrico di zona chiedendo apertamente di essere ricoverato nel reparto acuti. Riferisce vividi deliri di persecuzione (ad esempio di essere attaccato da raggi cosmici inviati da satelliti guidati da creature extraterrestri che lo conducono ad uno stato di "paralisi fisica e mentale") e allucinazioni (ad esempio udire le voci di avvertimento di quelle creature, sentire il dolore causato dalla penetrazione dei raggi nel suo corpo). Dopo il ricovero il paziente rifiuta la proposta di assumere psicofarmaci dato che si sente al sicuro e a suo agio nella sua stanza, dietro le finestre sbarrate e senza maniglie, poiché i suoi persecutori non possono raggiungerlo.

K. Orzechowska Juzwenko
POLONIA

Domanda: **cosa dovrebbe fare lo psichiatra in questo caso?**

- 1) Fornire al paziente informazioni comprensibili riguardo la sua condizione, i possibili metodi di trattamento (compreso la psicoterapia, la socioterapia e la farmacoterapia) e le conseguenze derivanti dal rifiutare tutte le cure. Dovrebbe tentare pazientemente e ripetutamente di convincerlo ad accettare le cure.
- 2) Iniziare i provvedimenti necessari finalizzati a chiedere l'autorizzazione a trattare il paziente contro la sua volontà.
- 3) Trattare immediatamente il paziente e tentare di ottenere una riduzione della psicosi.

Commento:

Di norma un paziente ha il diritto di rifiutare o sospendere un trattamento, salvo poche eccezioni.

In primo luogo, se la legislazione locale lo prevede, per rispetto della salvaguardia del paziente stesso e degli altri ed il paziente nega irragionevolmente il suo consenso al trattamento.

Secondariamente, in caso di emergenza. Un'emergenza è una condizione medica acuta che può causare la morte, un'infermità permanente o una grave malattia se non si interviene immediatamente. Il razionale per questa eccezione è che, poiché un uomo ragionevole, se in grado di farlo e in una condizione di emergenza, acconsentirebbe al trattamento, è presumibile che qualunque paziente, in simili circostanze, darebbe il suo consenso.

In terzo luogo quando il paziente non è capace di capire. Un individuo è considerato capace se può comprendere la natura e le conseguenze delle procedure mediche proposte.

In caso di disaccordo col paziente è importante sapere se è in grado di decidere correttamente nel suo interesse. C'è qualcuno nella famiglia o nel gruppo di conoscenti che potrebbe convincerlo ad assumere la terapia? Un'altra posizione, in alcuni paesi europei e nord-americani, c'è la possibilità di rivolgersi al giudice, chiedendo il permesso di eseguire un trattamento obbligatorio.

La miglior soluzione rimane la negoziazione col pa-

ziente tentando di convincerlo sui benefici che può ottenere dai neurolettici, come ad esempio un sonno migliore e meno ansia.

In molte nazioni dove i posti letto sono organizzati sulla base della popolazione residente e gli ospedali devono fornire evidenza di buona gestione delle risorse, occupare un letto quando non è necessario aumenta i costi e priva gli altri di una risorsa necessaria. L'allocazione delle risorse e la loro buona gestione ordina che se il paziente non trae un completo beneficio dall'investimento questo deve essere sospeso. In questo caso il paziente non sembra consapevole di questa necessità così che i clinici devono agire. Anche se utilitaristici, i doveri di lealtà ai committenti e alla popolazione richiedono che il paziente sia messo di fronte al suo rifiuto e sia dichiarato sano e dimesso oppure incapace e trattato.

Quando un trattamento è attuato senza il consenso informato del paziente, dovrebbe essere messo in atto ogni sforzo per informare il paziente sulla natura del trattamento stesso e su ogni possibile alternativa e sul coinvolgerlo quanto prima possibile nella prosecuzione del trattamento.

CASE REPORT N° 23**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

B. era una florida signora di 57 anni, sposata e madre di tre ragazzi. Fu ricoverata in ospedale psichiatrico a seguito di un grave disturbo depressivo tardivo.

L'esame obiettivo fisico all'ingresso rivelò un vasto tumore al seno sinistro con chiari segni di malignità, come interessamento cutaneo e cratere pustoloso purulento. Il consulente chirurgo ravvisò la necessità di un intervento chirurgico immediato.

B. rifiutò l'intervento sostenendo di essere stata visitata da un chirurgo prima del ricovero e che le era stato detto che era in buone condizioni fisiche e che non necessitava di alcun trattamento fisico.

Il Direttore del dipartimento presso il quale era stata ricoverata discusse il caso con la famiglia di B. e spiegò loro che non si sentiva di considerarla capace di decidere per se stessa in situazioni relative alla sua salute. Di conseguenza si accordò con loro per fornire al marito un referto medico indirizzato al tribunale che richiedeva la nomina del marito come tutore legale per i suoi trattamenti medici.

Conseguenzialmente il marito diede il suo consenso informato all'operazione. B. rifiutò verbalmente di essere operata ma non manifestò alcuna opposizione fisica all'essere trasferita in un'unità chirurgica dove si sottopose all'appropriata operazione. Il referto istologico rivelò che era affetta da un carcinoma maligno. Ristabilita dall'operazione, B. fu ritrasmessa al reparto psichiatrico.

Dopo l'intervento la depressione di B. si attenuò, ella ritornò attiva e fu dimessa dall'ospedale poche settimane dopo. Un follow-up effettuato cinque anni dopo dimostrò che B. era in buone condizioni psichiche ed aveva avuto un buon funzionamento senza al-

cuna ricaduta o recidiva tumorale.

Nonostante ciò, durante gli anni ella continuò a proclamare che il Direttore del dipartimento psichiatrico dove era stata ricoverata aveva torto, poiché non aveva mai avuto un tumore al seno.

R. Mester

ISRAELE

Domanda: il chirurgo era, in questo caso, autorizzato ad operare la paziente?

1) SI, la paziente negava la sua malattia e il bisogno di intervento. Il marito fu nominato tutore in accordo con i suggerimenti di due psichiatri e diede il consenso per l'operazione.

2) NO, la paziente si opponeva all'intervento. Ognuno ha il diritto di essere in disaccordo con una valutazione delle sue condizioni mediche e non dovrebbe essere privato della sua indipendenza.

Commento:

In questo caso i medici fecero esattamente ciò che dovevano fare e il corso della malattia dimostrò chiaramente che avevano ragione. Il comportamento della signora è un chiaro caso di negazione. Gli oncologi conoscono bene questi casi nei quali, a dispetto di tutte le evidenze scientifiche della presenza di un cancro, i pazienti continuano a pensare che non vi sia nulla di patologico nella loro salute. Ci sono casi di esperti radiologi con un tumore del polmone, con chiare immagini radiologiche di cancro, che le interpretano come segni di una patologia molto più favorevole.

Vi sono altri casi di pazienti con cancro che, ricoverati in un reparto oncologico, parlano con altri pazienti e raccontano loro di quanto siano contenti di essere stati operati appena prima di avere un “vero cancro”.

La negazione è un modo di combattere l’ansia di morte e dovrebbe essere affrontata in modo graduale, a meno che non si tratti di una questione di vita o di morte, come in questo caso, e che richieda azioni urgenti, se necessario con l’aiuto del sistema giudiziario. In più la signora soffriva di una grave forma depressiva che probabilmente la rendeva incapace di scegliere la giusta soluzione per il suo problema di salute.

E’ evidente che questa paziente era non competente oltre che per la depressione anche per sintomi mentali non specifici legati al cancro stesso. Il cancro era operabile ed aveva una buona prognosi se si fosse intervenuto immediatamente. Dichiarare la paziente non in grado di prendere una decisione così importante a causa della sua malattia mentale può sembrare pesante e contrario ai principi del prendere autonomamente delle decisioni. Questo principio non è assoluto e può essere superato se si seguono le procedure legali appropriate, se sono salvaguardati gli interessi del paziente e della sua famiglia, se i trattamenti sono utili e se si suppone che l’intervento abbia una buona probabilità di successo e possa prolungare la vita del paziente stesso. In questo caso questi principi erano tutti presenti. La sua successiva continua negazione è incoerente ed inoffensiva.

CASE REPORT N° 24**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

Ruth, un'ottantenne sopravvissuta dell'olocausto e che viveva sola nella sua casa, era nata in Polonia ed era stata in un campo di concentramento fino all'età di 22 anni. Perse la sua intera famiglia durante la guerra. Si trasferì in Australia con il marito e il suo matrimonio fu felice, ma non ebbe bambini e solo pochi amici. La sua unica parente è una sorella ottantaquattrenne, affetta da demenza, che vive in una casa di riposo. Ruth divenne depressa dopo la morte del marito a causa di uno "stroke", avvenuta due anni prima. Sta vivendo anche importanti episodi ansiosi e difficoltà di autogestione. Non vi sono precedenti psicopatologici ma soffre di ipertensione.

Durante le cure domiciliari riportò gravi episodi di nausea e vomito a seguito di antidepressivi che resero necessario il ricovero presso un'unità psicogeriatrica contro la sua volontà. Fu individuato un case manager col compito di organizzare un supporto a domicilio. Fu considerata gravemente depressa, con tono dell'umore basso, perdita di energia e di iniziativa, scarsa stima di sé, ruminazione ossessiva, ma non vennero evidenziati pensieri suicidari né sintomi psicotici. Il punteggio al Minimental Test fu di 27/30. Le risultanze organiche erano irrilevanti. Il referto neuropsicologico mostrava un valore borderline al livello inferiore per funzioni esecutive e memoria. Sebbene reagisse bene ai nuovi farmaci e rispondesse bene al supporto offerto in clinica, partecipando anche a gruppi di attività, continuò a provare ansia importante ed ebbe una ricaduta con deterioramento delle funzioni mentali quando seppe che le era stato nominato un tutore. Pur accettando questa decisione, rifiutò di essere inserita in una casa di riposo, volendo tornare a casa da sola pur sapendo, per

giunta, di non essere in grado di accudire a se stessa. Nonostante il trattamento in corso con farmaci i sintomi depressivi peggiorarono e comparvero gravi episodi di agitazione, verbalizzazione di idee suicidarie e perdita della cura di sé.

In consulenza due psichiatri consigliarono una terapia elettroconvulsivante (ECT) oppure di aggiungere un altro antidepressivo alla terapia. Con riluttanza accettò di assumere il nuovo farmaco, ma rifiutò il consenso per ECT. Il suo tutore fu d'accordo che il dottore procedesse con la terapia ECT.

S. Bloch

AUSTRALIA

Domanda: si doveva trattare la paziente con ECT contro il suo parere?

- 1) SI, 2 psichiatri avevano diagnosticato che il trattamento avrebbe giovato alla paziente.
- 2) SI, il suo tutore era d'accordo col trattamento proposto.
- 3) NO, lo psichiatra dovrebbe ricercare trattamenti alternativi che risulterebbero più accettabili dalla paziente.

Commento:

In linea di principio un trattamento medico o chirurgico importante può essere applicato ad un soggetto con disturbo mentale solo se è permesso dalle leggi locali, quando si considera che sarebbe l'intervento migliore per i bisogni di salute del paziente e là dove il paziente ha dato il suo consenso informato. La terapia ECT non può essere effettuata senza che vi sia

il consenso informato del paziente o del suo tutore.

I supporti sociali sono una componente essenziale del trattamento dei disturbi mentali, specie quando i pazienti sono vecchi e soli. I lutti per questa paziente sono molti: una sorella affetta da demenza, il marito deceduto, una salute scarsa ed infine la designazione di un tutore che significa la perdita della sua libertà, il tutto succedutosi in un lasso di tempo relativamente breve. Non vi è da meravigliarsi se la sua depressione peggiorò e se fu indicata una terapia ECT.

Doveva comunque essere richiesto un suo diretto coinvolgimento nella decisione, spiegando con pazienza la necessità di un trattamento medico per uscir fuori dalla sua depressione. Sarebbe stato preferibile provare altri antidepressivi prima della terapia elettroconvulsivante poiché la paziente non la gradiva. Questo era il modo per restituirle un certo senso di padronanza della propria vita, l'ultima cosa che in realtà ancora possedeva, se i medici glielo permettevano.

Mentre l'età avanza, insorge un senso di perdita di controllo sulla nostra vita, altri prendono decisioni, e coloro su cui si è fatto affidamento nel passato o non ci sono più o sono incapaci come noi. La morte sociale si insinua e ci rende irrilevanti. Solo nel nostro ambiente abbiamo ancora delle memorie e gli oggetti che abbiamo collezionato ci ricordano del nostro passato e a chi apparteniamo. La collocazione finale avviene quando abbiamo perso l'ultimo ricordo di noi

stessi e siamo inseriti in una casa di riposo alla pietà di estranei, siano essi membri del personale o altri ospiti. La depressione è praticamente inevitabile e può essere peggiorata dalle terapie che ci necessitano per i nostri numerosi mali. E' possibile che un trattamento importante come quello ECT sia necessario in un caso simile, ma un buon caso dovrebbe essere stato gestito dopo una valutazione accurata di benefici e rischi in una paziente di quell'età, sola al mondo e privata di tutto e di tutti coloro che potevano dar significato alla sua esistenza.

CASE REPORT N° 25**OGGETTO: CURA OBBLIGATORIA**

Victor è un pensionato di 78 anni con un'anamnesi di schizofrenia rimasta non trattata per molti anni. La sua compliance verso i farmaci è stata incostante. Vi sono dubbi se sia anche affetto da demenza (Alzheimer). Ha parecchi problemi medici, in particolare dolori artritici. Non ha un medico di famiglia di riferimento, ma si rivolge a vari dottori in diverse zone della città. Un medico gli prescrisse iniezioni di testosterone ed in più il paziente faceva uso di un quantitativo pericoloso di altri farmaci. Ciò lo portò ad una ritenzione urinaria acuta con necessità di intervento chirurgico d'urgenza alla prostata, la gravità del quale non fu compresa appieno dal paziente e dalla sua famiglia. Dopo l'intervento fu trasferito in un'unità psicogeriatrica.

Victor vive con la moglie ed un figlio adulto. Due altri figli vivono per conto loro. La relazione con la moglie è resa problematica dal comportamento verbale ingiurioso dell'uomo nei confronti della donna e dalle accuse che le fa di essere una prostituta e di avere delle tresche con altri uomini. E' diventato violento. Di recente le ha messo del diluente per pittura nel contenitore della dentiera e lana d'acciaio nel cibo. Ha anche tirato un coltello da cucina contro il figlio e, in molte circostanze, ha lasciato il rubinetto del gas aperto dopo aver cucinato. Più recentemente è fuggito dal pronto soccorso di un ospedale quando gli fu comunicato che vi era necessità di intervento per la ritenzione urinaria acuta. La moglie è spaventata da lui e si rende conto di non potergli più stare molto dietro a casa. Crede che sia matto e pericoloso e che necessiti di ricovero. Il figlio la sostiene, ma gli altri membri della famiglia sono contrari, credono che moglie e figlio abbiano dei loro motivi particolari ed esercitano delle pres-

sioni sul figlio affinché protesti contro ogni intervento da parte dell'équipe psicogeriatrica. L'équipe pensa che Victor sia incapace di badare a se stesso a causa della perdita di funzioni cognitive, specialmente nel prendere decisioni esecutive. Victor pensa di essere stato indebitamente incarcerato contro la propria volontà. Contatta costantemente i familiari più stretti e quelli più lontani per aiutarlo a liberarsi. D'altro canto, a parte moglie e figlio, il resto della famiglia non pensa che Victor sia a rischio. Non sembrano comprendere la gravità della malattia e la riduzione della capacità di prendere decisioni razionali. La decisione dell'équipe è che Victor necessiti di un ricovero e fanno domanda, con successo, per un tutore.

S. Bloch
AUSTRALIA

Domanda: il paziente doveva essere internato in ospedale?

1) NO, in primo luogo è giusto dare quanta più considerazione possibile alla volontà del paziente. In secondo luogo non vi è evidenza che il paziente possa procurarsi del danno. In terzo luogo non possiamo escludere che la moglie e il figlio più giovane abbiano richiesto il ricovero in ospedale per loro personale convenienza; e infine non è stato sufficientemente presa in considerazione la possibilità che le famiglie del figlio più vecchio o della figlia volessero prendere Victor con loro.

2) SÌ, il trattamento del paziente giustifica il suo invio in ospedale, specialmente perché l'équipe si mantiene in contatto con il tutore che è stato appena nominato per il paziente.