Insegnare Etica in Psichiatria:

Case-Vignettes

Cattedra di Bioetica dell'UNESCO
Commissione Permanente di Etica dell'Associazione Mondiale di Psichiatria /WPA/

Insegnare Etica in Psichiatria:
Case-Vignettes

Autori:

A. Carmi
D. Moussaoui
J. Arboleda-Florez

Centro Internazionale per la Salute, la Giustizia e l'Etica
Facoltà di Legge – Settore per la Ricerca, Università di Haifa

Cattedra di Bioetica dell'UNESCO
COMMISSIONE PERMANENTE DI ETICA DEL WPA

Insegnare Etica in Psichiatria:
Case-Vignettes

Autori: *A. Carmi, D. Moussaoui, J.Arboleda-Florez*

Centro Internazionale per la Salute, la Giustizia e l'Etica
Facoltà di Legge – Settore per la Ricerca, Università di Haifa

Edizione italiana a cura di

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

Centro Europeo di Bioetica e Qualità della Vita
Unesco Chair in Bioethics International Network – Italy

Cattedra di Bioetica dell'UNESCO
COMMISSIONE PERMANENTE DI ETICA DEL WPA

Insegnare Etica in Psichiatria:
Case-Vignettes

Autori:

Prof. Amnon Carmi, Israele
Prof. Driss Moussaoui, Marocco
Prof. Julio Arboleda-Florez, Canada

In collaborazione con

Centro Internazionale per la Salute, la Giustizia e l'Etica
Facoltà di Legge – Settore per la Ricerca, Università di Haifa

Edizione italiana a cura di

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

Centro Europeo di Bioetica e Qualità della Vita
Unesco Chair in Bioethics International Network – Italy

Autori dei Casi:

J.Arboleda-Florez, Canada
S. Bloch, Australia
T. Cavic, Serbia e Montenegro
G. Christodoulou, Grecia
M. El Yazaji, Marocco
R. Finzi-Dottan, Israele
C. Hoschl, Repubblica Ceca
M. Kastrup, Danimarca
D. Lecic-Tosevski, Serbia e Montenegro
M. Maj, Italia
R. Mester, Israele
D. Moussaoui, Marocco
G. Naneishvili, Georgia
N. Nedopil, Germania
G. Niveau, Svizzera
K. Orzechowska Juzwenko, Polonia
A. Tasman, USA
J. Vinas, Spagna
Y.B., Uruguay
T. Zabow, Sud Africa
M. Zaki, Israele

Con la concessione di un contributo volontario da parte di
Janssen-Cilag

Recapiti:

Cattedra di Bioetica dell'UNESCO
P.O. Box 6451, Haifa 31063, Israele
e-mail: acarmi@research.haifa.ac.il
Tel.:+972 4 8375219; +972 4 8240002
Fax: +972 4 8288195

Centro Europeo di Bioetica e qualità della vita
Via Ponte Romano, 12 11027 Saint-Vincent
Dr. Antonio Colotto
Direttore Dipartimento Salute Mentale
Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
e-mail: acolotto@ausl.vda.it
Tel: + 39 3357354365 Fax: +39 0165546033

SBN 965-7077-30-3

I DIRITTI
Tutti i diritti riservati °2005
Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, immagazzinata in un sistema di recupero, o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, fotocopia o altro, senza una preventiva autorizzazione della Cattedra UNESCO.

COPYRIGHT °
UNESCO Chair in Bioethics

Indice

Introduzione 15
Prefazione 17
Case report n° 1: Consenso informato 19
Case report n° 2: Consenso informato 23
Case report n° 3: I diritti del paziente 27
Case report n° 4: Imputabilità legale di pazienti psichiatrici 29
Case report n° 5: Doppio obbligo legale dello psichiatra 33
Case report n° 6: Conflitto di interessi 35
Case report n° 7: Conflitto di interessi 37
Case report n° 8: Eutanasia 39
Case report n° 9: Eutanasia 43
Case report n° 10: Segreto professionale 47
Case report n° 11: Segreto professionale 51
Case report n° 12: Segreto professionale 55
Case report n° 13: Segreto professionale 59
Case report n° 14: Segreto professionale 63
Case report n° 15: Segreto professionale 65
Case report n° 16: Segreto professionale 69
Case report n° 17: Segreto professionale 71
Case report n° 18: Segreto professionale 73

Case report n° 19: Pubblicazione scientifica 75
Case report n° 20: Informazione al paziente 79
Case report n° 21: Cura obbligatoria 83
Case report n° 22: Cura obbligatoria 87
Case report n° 23: Cura obbligatoria 91
Case report n° 24: Cura obbligatoria 95
Case report n° 25: Cura obbligatoria 99
Case report n° 26: Cura obbligatoria 103
Case report n° 27: Cura obbligatoria 105
Case report n° 28: Cura obbligatoria 109
Case report n° 29: Trattamento non necessario 111
Case report n° 30: Ricovero obbligatorio 113
Case report n° 31: Ricovero non necessario 117
Case report n° 32: Ricovero non necessario 121
Case report n° 33: Ospedalizzazione 123
Case report n° 34: Ospedalizzazione di carcerati.....125
Case report n° 35: Ospedalizzazione di carcerati.....127
Case report n° 36: Testimonianza di periti 131
Case report n° 37: Certificato medico 135
Case report n° 38: Testimonianza del perito 141
Postfazione 141

Introduzione

Sono fiero che mi sia stato chiesto di scrivere un'introduzione per questo libro sui dilemmi etici in psichiatria, del quale non esistono esempi simili precedenti. Ho diretto il WPA Standing Committee per l'etica per 9 anni, durante i quali abbiamo elaborato la Dichiarazione di Madrid nel 1996. Sono altresì orgoglioso che gli autori di questo libro siano membri del comitato etico della WPA e, in aggiunta, abbiano contribuito al mio libro "Cultura etica e Psichiatria", edito nel 2000.

Allegate alla Dichiarazione di Madrid vi sono specifiche linee guida che chiariscono i nuovi doveri che derivano dai rapidi cambiamenti e dell'evoluzione della pratica medica, con la conseguenza che lo psichiatra può interfacciarsi con numerosi dubbi etici. Ciascuna regola dell'etica può essere un paradigma per i clinici, ma sembra che lo psichiatra debba talvolta adeguare ciò che ha imparato sull'etica ai singoli casi, usando il suo giudizio, la sua esperienza e il suo senso di responsabilità.

Sebbene gli aspetti etici della ricerca siano diventati una componente abituale dei progetti delle agenzie che finanziano la ricerca e di importanti organizzazioni, governative e non, l'analisi degli aspetti etici degli scopi delle proposte di riforma dell'educazione medica o della ristrutturazione della formazione di medici ed infermieri è ancora un evento raro, anche se i cambiamenti nella educazione medica hanno un forte impatto sul comportamento etico di intere generazioni di studenti e di medici! Di solito non vi è pressione, o ve ne è molto poca, nell'evidenziare al governo e alla società che una riforma particolare non solo produrrà vantaggi in termini di maggiore conoscenza e di capacità, ma che contribuirà anche a sviluppare la propensione ad agire in accordo con

i principi etici.
Un fondamento etico è necessario nella pratica psichiatrica affinché i pazienti non siano totalmente delegati alle buone intenzioni dei medici generici. Comunque i canoni etici devono essere implementati con tatto e in sintonia con le regole locali, così che l'immagine dello psichiatra e della psichiatria non sia ulteriormente messa a repentaglio.
Attualmente, in accordo con lo statuto WPA e con le norme locali, nessuna società può essere ammessa al WPA stesso senza aver aderito al nostro Codice Etico, la Dichiarazione di Madrid.
Vorrei congratularmi con gli autori di questo libro poiché esso riempie un vuoto nei nostri studi sull'etica, permette un profondo esercizio mentale dell'uomo e offre la possibilità di valutare svariati dubbi nell'ottica di un'implementazione del comportamento etico in psichiatria.

Prof. Ahmed Okasha
Presidente WPA

Prefazione

Un libro sull'etica indirizzato a studenti di medicina e a medici psichiatri deve possedere delle particolari caratteristiche euristiche e pedagogiche connesse all'argomento stesso, che può essere nuovo o può apparire oscuro a molti, alle difficoltà di tradurne i concetti in un linguaggio semplice e ai termini tecnici da usare per facilitare il passaggio del messaggio.

In questo libro gli autori hanno scelto il metodo dei case-vignettes come strumento per insegnare i concetti etici. Sebbene l'uso di questa forma come metodo di insegnamento abbia i suoi detrattori, essa è usata generalmente per condensare in pochi paragrafi gli elementi base di un caso e per dimostrare, in pratica, l'applicazione dei concetti.

Venti colleghi di tutto il mondo hanno contribuito a questo libro con il loro apporto. Essi hanno un sentire comune, ma è anche ovvio che i problemi che illustrano sono molto simili ovunque e che gli psichiatri devono far fronte a questi problemi dovunque esercitino la loro professione. Inoltre i casi interessano ampie fasce di problemi e di argomenti che molto spesso stigmatizzano l'esercizio della psichiatria e, talvolta, divengono oggetto di dibattito pubblico sull'appropriatezza degli interventi psichiatrici. Così i casi spaziano dall'imposizione del trattamento al diritto al trattamento e al diritto al rifiuto del trattamento, da situazioni psicoterapeutiche alla psichiatria legale e forense, dal consenso informato ai problemi inerenti il segreto professionale e la privacy. Agli autori è stato chiesto di mascherare il più possibile ogni elemento passibile di identificazione, essendo questo, quando si descrivono dei casi clinici, uno dei cardini etici principali per il

rispetto del segreto professionale e della privacy.
Alcuni descrivono comportamenti clamorosamente non etici e perfino al limite di infrazioni legali.
Sono stati presi come esempio per indicare che, talvolta, la linea di demarcazione tra comportamento non etico e infrazione criminale è confusa e che il comportamento non etico può portare conseguenze legali quando si oltrepassa quella linea.
Proseguendo nella presentazione di ciascun case-report si è usato un approccio binario per indicare la possibilità di almeno due opposte risposte al problema. Sebbene questo approccio possa essere considerato troppo semplicistico, l'idea è quella di fornire agli studenti delle alternative nel pensare in modo etico, senza gravarli con concetti etici profondi sui quali altri testi e altri libri sono stati scritti in maniera specifica.
Imparare l'etica attraverso l'uso di case-vignettes è simile all'insegnamento attraverso casi più dettagliatamente approfonditi. Il pericolo di questo approccio potrebbe essere quello di divenire troppo specifici e troppo sinteticamente concentrati sui problemi del caso, dimenticando le grandi implicazioni sociopolitiche che sottendono il caso stesso, come problemi di giustizia e di allocazione di risorse per la salute mentale, criminalizzazione della malattia mentale e una miriade di altri intralci dovuti all'imposizione.
Per quanto possibile ed in linea con il principio di produrre un libro di base e di facile uso, questi problemi sono stati menzionati con la speranza di stimolare in qualche modo l'interesse dei lettori.
Perciò questo libro può essere considerato come un "manualino" in etica, senza la pretesa di divenire un testo di studio.

A. Carmi
D. Moussaoui
J. Arboleda-Florez

CASE REPORT N° 1

OGGETTO: CONSENSO INFORMATO

Un giovane di 25 anni si reca per la prima volta a consultare uno psichiatra. E' accompagnato dal padre, il quale riferisce che il figlio, nelle ultime tre settimane, si è comportato in modo strano. Lo psichiatra ha con lui un colloquio in separata sede, durante il quale il giovane descrive l'atmosfera allucinatoria nella quale ha vissuto durante le ultime tre settimane. Il suo discorso rivela un delirio mistico intenso e pervasivo, senza però far sospettare un rischio di pericolosità. Lo psichiatra pone diagnosi di episodio psicotico acuto e teme che questo possa rappresentare l'inizio di un disturbo schizofrenico. Pensa di impostare un trattamento con neurolettici il più presto possibile e lo dice al paziente. Spiega inoltre i benefici che possono derivare da tale trattamento e i possibili effetti collaterali del farmaco. Il paziente rifiuta il trattamento, temendo una compromissione delle proprie capacità intellettive.
Lo psichiatra effettua allora un secondo colloquio alla presenza anche del padre per spiegare la situazione. A questo punto il paziente, poiché pensa che il padre sia "un emissario di Dio" e che gli debba obbedire, si dichiara d'accordo ad effettuare il trattamento consigliato.

G.Niveau
Svizzera

Domanda: **dovrebbe lo psichiatra trattare il paziente con queste premesse?**
1) SI, perché il paziente ha dato il suo consenso.
2) SI, perché il paziente ha buone possibilità di guarigione.
3) SI, perché se il paziente non assumesse terapia antipsicotica potrebbe peggiorare clinicamente e perfino diventare pericoloso per sé

e per gli altri.
NO, perché il consenso non è stato dato liberamente. Il paziente ha affermato di essere obbligato ad obbedire ai voleri del padre.

Commento:
Il consenso informato è definito come l'accettazione volontaria e spontanea, non forzata, di un intervento medico da parte di un paziente dopo una spiegazione adeguata, da parte del sanitario, dell'inquadramento diagnostico, della prognosi, del tipo di intervento, dei rischi e dei benefici e delle alternative possibili, anch'esse con i loro rischi ed i loro benefici. Il consenso informato può essere interpretato come forma particolare di comunicazione tra un medico ed un paziente. La relazione terapeuta-paziente deve essere basata su un mutuo rispetto e su una reciproca sincerità per permettere al paziente di prendere delle decisioni libere e consapevoli. Affinché il consenso del paziente possa essere considerato valido deve essere guidato da tre elementi essenziali: volontarietà, informazione, competenza.
Nella pratica quotidiana di uno psichiatra una della domande più frequenti è: "è etico servirsi di un delirio di un paziente nel suo interesse?". In questo case report lo psichiatra non ha fatto alcun commento sul cambiamento di disponibilità da parte del paziente in presenza del padre; ha accettato tale cambiamento senza intervenire poiché il cambiamento stesso rappresentava, ai suoi occhi, la decisione preferibile per il paziente.

Lo psichiatra sceglie un approccio utilitaristico piuttosto che applicare rigorosamente le regole sottostanti il concetto di consenso informato rispetto agli aspetti di autonomia decisionale, come invece sarebbe stato se il paziente avesse completamente rivisto criticamente la sua posizione dopo il colloquio in presenza del padre. Nel suo giudizio clinico piuttosto paternalistico lo psichiatra ha valutato che l'acconsentire al trattamento, anche se viziato dal delirio, fosse l'attuale scelta migliore per il paziente, finalizzata a prevenire un aggravamento sintomatologico ed evitare, possibilmente, il dover ricorrere ad una ospedalizzazione.
Uno dei compiti dello psichiatra è quello di affrontare col paziente il contenuto del delirio, quando questo si esplicita, seguendo il principio che, nei limiti del possibile, il terapeuta dovrebbe essere un ambasciatore di realtà per i pazienti psichiatrici in generale e per quelli psicotici in particolare.

CASE REPORT N° 2

OGGETTO: CONSENSO INFORMATO

E' il caso di una donna aborigena di 42 anni con diagnosi di schizofrenia residua, con buon funzionamento e priva di processualità sintomatica da molti anni.
Fu ricoverata con ideazione suicidaria durante una gravidanza non programmata e non voluta. Ha già 2 figli adulti, entrambi allontanati in tenera età per incapacità genitoriale. Ha preso in considerazione l'ipotesi di una interruzione di gravidanza, sebbene con schiaccianti sentimenti di colpa: il pensiero di un nuovo bambino era, per lei, riprovevole. La gravidanza era il risultato di un incontro occasionale con un suo cugino, considerato, nella comunità aborigena, come un anziano. Il padre del futuro bambino era all'oscuro della gravidanza. La donna ha continuato a pensare e ripensare all'interruzione di gravidanza e nel frattempo i termini di tempo per poterla effettuare divenivano sempre più stretti. La salute mentale della donna si è deteriorata, dapprima per uno stato depressivo, successivamente per sintomatologia psicotica. La sua capacità di dare un consenso informato corretto fu annullata dall'aggravamento importante delle condizioni psichiche. Era per altro necessaria una psicofarmacoterapia ma prevalse il diritto alla sicurezza in gravidanza. Gli anziani esercitarono una pressione affinché il bambino fosse dato ad una sorella più giovane (32 anni), senza figli, schizofrenica.
Poiché la paziente aveva un importante transfert non agito nei confronti del suo terapeuta rifiutò di parlare con lo staff curante o con l'ufficiale di stato civile. Volle che il suo terapeuta decidesse per lei: "farò quello che dirà lei".

S. Bloch,
Australia

Domanda: **cosa dovrebbe fare il terapeuta?**
1) Dovrebbe evitare di dirle cosa fare. Dovrebbe indicarle i pro e i contro delle diverse ipotesi, verificare se ha pienamente capito le sue spiegazioni e chiederle di prendere la sua decisione.
2) Dovrebbe considerare la posizione della paziente come una specie di autorizzazione e dirle cosa fare, prendendo in considerazione tutti gli elementi rilevanti a garantire gli interventi più favorevoli nell'interesse della paziente.

Commento:
La paziente si trova in una situazione difficile perché è divisa tra il desiderio di proseguire la gravidanza, temendo i sensi di colpa provocati da un'eventuale interruzione, e il desiderio di mantenere segreta la sua relazione sessuale all'interno della comunità di appartenenza (sebbene ciò non sia completamente chiaro nel racconto), che diverrebbe, al contrario, evidente se proseguisse e partorisse.
D'altro canto anche la situazione del medico è difficile. Lo status del medico è alto nelle comunità tradizionali come quella in oggetto. Per tali motivi, non soddisfatta dalla proposta della famiglia di dare in adozione alla sorella schizofrenica il futuro neonato, non decisa a prendersi la responsabilità di interrompere la gravidanza, contraria alla possibilità di informare la comunità sull'identità del padre e, più di ogni altra cosa, incapace di prendere una qualsiasi decisione chiara a causa della patologia mentale, ella sceglie di non scegliere e delega questa responsabilità al medico.
In questa complessa situazione è chiaro che il medico non sarebbe riuscito a prendere da solo una così grave

decisione, qualunque essa fosse.
Si sarebbe dovuto costituire un gruppo di lavoro, che includesse persone appartenenti all'équipe curante e alcuni membri della comunità accettati dalla paziente, finalizzato ad aiutarla nella costruzione del processo decisionale e nella decisione definitiva. Qualunque sia la decisione presa è estremamente importante che tenga conto del retroterra culturale di questo specifico gruppo. I concetti occidentali di autonomia libera e di indipendenza individuale non sono facilmente trasferibili ad altri contesti culturali dove la famiglia e il gruppo delle persone più vicine all'individuo, se non addirittura l'intera comunità, intervengono nelle decisioni riguardanti la salute del singolo e agiscono come un Io collettivo, una specie di gruppo di autocoscienza per prendere delle decisioni. In queste circostanze, a dispetto della facile soluzione del problema se il medico accettasse di decidere da solo, non sarebbe stato facile per lui seguire questa strada. Presumendo che la paziente acconsenta al consulto familiare, e avrebbe trovato estremamente difficile rompere con le tradizioni, il rapporto particolare non sarebbe stata una ragione per non rispettare l'aspetto culturale tradizionale, specialmente se la famiglia si può attivare e cercare un incontro del gruppo entro breve tempo.

CASE REPORT N° 3

OGGETTO: I DIRITTI DEL PAZIENTE

La signora Y, di 32 anni, ha una lunga storia di disturbi psichiatrici. E' stata ricoverata diverse volte per schizofrenia paranoide. Nell'ultimo ricovero fu diagnosticato un quadro produttivo delirante e allucinatorio.
Poiché temeva di essere avvelenata, si rifiutò di assumere i farmaci prescritti e i suoi problemi psichiatrici rimasero immodificati.
Nell'ultimo ricovero incontrò il signor A., trentenne, cui in passato era stata posta diagnosi di ritardo mentale lieve (Q.I. 69) e che, al momento, era affetto da uno stato depressivo acuto. Tra i due si instaurò una relazione piuttosto intensa e, come risultato, la signora Y rimase gravida e partorì un figlio maschio, il cui nome è H.
Dopo la nascita del bambino ad entrambi i genitori fu chiesto, separatamente, di firmare il consenso a cedere i loro diritti genitoriali e l'accettazione a che venisse dato in adozione senza le previste procedure di rito nei casi di adozione.

M.Zaki,
Israele

Domanda: **si dovrebbe chiedere ai genitori di firmare le pratiche di adozione?**
1) SI, poiché nelle loro condizioni non hanno alcun diritto di allevare il bambino.
2) NO, perché, a causa della loro patologia mentale, il loro consenso non era valido.
3) NO, perché, a causa della loro patologia mentale,si sarebbe dovuto provvedere a nominare un tutore che li rappresentasse.

NO, perché i problemi di questa natura dovrebbero essere affrontati e trattati con una procedura giudiziaria.

Commento:
Il comportamento dell'équipe curante è difficile da capire, a meno che non emergano altri elementi di questa situazione non segnalati. Non sappiamo nulla dei desideri dei singoli genitori né sappiamo quali siano le posizioni delle loro rispettive famiglie. Un certo numero di pazienti affetti da disturbi psichiatrici, talvolta anche gravi, allevano i loro figli in modi che non sono peggiori di quelli adottati, nella comunità, dalla maggior parte dei genitori. Spesso ottengono il supporto e l'aiuto dei loro familiari. Questo fatto ricorda in qualche modo il comportamento altamente non etico di alcuni medici che, in vari paesi europei e fino agli anni Settanta, sterilizzarono, senza il loro consenso, decine di pazienti psichiatrici, specialmente quelli affetti da ritardo mentale o da psicosi.
In situazioni altamente controverse il sistema giudiziario deve prendere le redini del caso e, con l'aiuto di esperti del settore, trovare la soluzione migliore, o almeno la meno negativa.
Tra alcune équipe mediche altamente specializzate, senza che sia stata effettuata una valutazione delle capacità genitoriali dei 2 genitori, è abbastanza comune ritrovare atteggiamenti di paternalismo e attribuzione di inadeguatezza o di incompetenza a pazienti psichiatrici o a persone con insufficienza mentale. Principi utilitaristici definiti in termini di opportunità positive nell'allevare un bambino sono sostenuti al fine di scavalcare l'autonomia del paziente in favore di considerazioni sociali e/o politiche.

CASE REPORT N° 4

OGGETTO: IMPUTABILITÀ LEGALE DI PAZIENTI PSICHIATRICI

Un uomo celibe di 35 anni, con diploma di scuola media superiore, lavora in un'agenzia immobiliare. Quando aveva 20 anni ebbe un episodio psicotico acuto, che fu diagnosticato come un episodio schizofrenico, per il quale fu ricoverato per circa 2 mesi. Alla dimissione il paziente aderì ad un progetto di trattamento per pazienti non ricoverati. Fu portato in giudizio per un problema di evasione fiscale. I periti psichiatri stabilirono che l'uomo era imputabile in quanto il suo comportamento non era collegato con i sintomi della patologia precedentemente riscontrata in anamnesi.

Naneishvili,
Georgia

Domanda: **la malattia mentale assolve un imputato dalla responsabilità penale?**
1) SI, la malattia mentale priva il paziente della facoltà di esprimere il proprio giudizio, nega la capacità di comprendere, di decidere liberamente e di intendere, che sono le condizioni necessarie affinché una persona venga giudicata responsabile delle proprie azioni.
2) NO, la malattia mentale può danneggiare certi aspetti della capacità mentale e delle abilità psichiche senza comprometterne altri. Ogni situazione dovrebbe essere esaminata con riferimento alle singole e particolari caratteristiche e motivazioni. Nel caso specifico si riscontrò che l'accusato fosse responsabile del crimine commesso, in quanto la sua malattia non era rilevante nella oggettività del reato stesso.

Commento:
Justice Cardozo affermò, nel 1914: " ogni essere umano adulto ed in condizioni di sanità mentale ha il diritto di stabilire ciò che deve essere fatto del suo corpo".
La valutazione della condizione di sanità mentale richiede che vengano presi in considerazione molteplici fattori: può il paziente essere consapevole e competente sul tipo di trattamento? Può apprezzare la natura e le conseguenze della terapia? Può formulare il desiderio di sottoporsi al trattamento? Di solito un individuo può essere competente nel prendere decisioni che riguardano alcuni aspetti della sua vita o della sua salute ma non altri. Per esempio alcuni pazienti sono incapaci di prendere una decisione ragionata riguardo l'opzione su certi trattamenti, ma possono essere ancora in grado di esprimere il loro rifiuto nei confronti di specifici interventi. Da un punto di vista clinico una diagnosi di schizofrenia in un uomo di 20 anni è spesso provvisoria: può trasformarsi in altri tipi di diagnosi, ad esempio in un disturbo bipolare oppure in una patologia non psichiatrica. Può anche essere un episodio psicotico acuto derivato da sostanze che scompare senza nessun strascico di disturbo mentale. D'altro canto è classica tattica dei colpevoli o dei criminali tentare di presentare al giudice una diagnosi psichiatrica nel tentativo di ridurre o escludere la loro responsabilità legale, e sfuggire così alla pena. Al perito il giudice pone

il quesito sulle condizioni dello stato mentale in cui si trovava il paziente nel momento in cui l'offesa o il crimine furono commessi. Un individuo che ha presentato un episodio psicotico acuto molti anni prima e che al momento del reato conduce una vita normale dovrebbe essere condannato come ogni altra persona normale. Quando un colpevole adduce una condizione di patologia mentale come difesa per un agito criminale è dovere della Corte provvedere ad una valutazione della capacità di stare in giudizio (condizioni psichiche al momento del processo) e della capacità di intendere e di volere (condizioni psichiche al momento in cui è stato commesso il reato). Solo una valutazione psichiatrica peritale di questi due livelli di capacità può chiarire se l'imputato ha agito in una condizione di totale incapacità di intendere e di volere e se erano presenti alcuni elementi di inabilità (entrambi dovuti ad una riacutizzazione o ad una cronicizzazione del disturbo psichico). Se ciò fosse confermato la Corte potrebbe decidere per una totale o parziale infermità mentale. D'altra parte l'anamnesi di un qualsiasi disturbo psichiatrico sarebbe ininfluente se fosse dimostrato che il soggetto avesse agito nel pieno possesso delle sue facoltà mentali. Di solito l'autonomia e la capacità di intendere e di volere sono assunte come base a meno che non esista evidenza del contrario.

CASE REPORT N° 5

OGGETTO: DOPPIO OBBLIGO LEGALE DELLO PSICHIATRA

Un neuropsichiatra infantile accetta di fornire una consulenza peritale rispetto alle affermazioni di abuso sessuale fatte da un bambino di 6 anni. Egli presenta la sua relazione al giudice dopo 3 mesi. Durante il suo lavoro nota che il bambino è affetto da una grave sofferenza fisica e così, su richiesta della madre, accetta di continuare a seguire il bambino con sedute di psicoterapia. Sei mesi più tardi è chiamato a testimoniare sul caso per il quale aveva fornito la consulenza peritale. Egli si rende conto di essere, a questo punto, sia il perito ufficiale che il medico curante.

G. Niveau
Svizzera

Domanda: **può un medico essere autorizzato a svolgere nello stesso tempo la funzione di perito e di medico curante?**
1) SI, tecnicamente può essere sia un buon perito sia il medico curante.
2) NO, il bambino ha rivelato al medico curante delle informazioni confidenziali. Il medico non deve riferire queste informazioni al giudice.

Commento:
La verità è essenziale nella relazione medico-paziente. Un problema di doppio obbligo legale esiste quando i medici hanno responsabilità e devono rendere conto sia ai loro pazienti che ad una terza parte e quando queste responsabilità sono incompatibili. Di norma un medico

dovrebbe dare al suo paziente una totale fedeltà e solo in situazioni eccezionali può porre l'interesse degli altri al di sopra di quello del paziente.
Il conservare l'obiettività è un obbligo etico che appassiona i periti, sia che la valutazione possa essere di aiuto oppure no per gli interessi legali della persona che viene peritata. Questa obiettività è praticamente impossibile se il perito è contemporaneamente il curante, che per ruolo dovrebbe fare il meglio per difendere i suoi pazienti. Nel caso in cui la situazione non sia favorevole per il paziente, o il medico dovrà disconfermare se stesso e rivestirà l'opinione medico legale di una luce positiva, oppure sarà onesto e, fornendo una valutazione negativa, rischierà un danno per la relazione medico-paziente. In aggiunta esiste il rischio di rivelare in Tribunale elementi emersi in terapia sotto la protezione del segreto professionale e della privacy. Per questi motivi i periti psichiatri del tribunale dovrebbero astenersi dall'accettare l'incarico peritale nel caso in cui siano anche medici curanti.
Comunque, e questo non è il caso in Svizzera, può accadere, in qualche nazione in via di sviluppo, che vi siano pochi psichiatri per l'intero territorio. Sarebbe allora estremamente difficile, per lo stesso medico, una separazione totale fra compito peritale e compito terapeutico.

CASE REPORT N° 6

OGGETTO: CONFLITTO DI INTERESSI

Una donna in buona salute fisica di settantasei anni, affetta da lieve demenza, i cui figli si rivolsero al suo medico lamentandosi della sua abitudine di elargire dispendiose donazioni ai membri di un culto ecclesiastico, che essi pensano vogliano convincerla a cedere loro i suoi beni. Hanno paura per i loro diritti alla sua eredità e chiedono al medico di dichiararne l'incapacità a gestire i suoi affari. Il medico, correttamente, informa la sua paziente dell'incontro con i suoi figli e le dice che non ritiene sia necessario un consulto psichiatrico. Il medico era membro dello stesso culto ecclesiastico.

J.Arboleda – Flòres
Canada

Domanda: **come dovrebbe comportarsi il medico in relazione al conflitto di interessi?**
1) Dovrebbe delegare la paziente ad un altro medico.
2) Dovrebbe continuare a seguire la sua paziente e non rispondere alla richiesta dei figli.

Commento:
In questa situazione emerge un conflitto di interessi. Poiché il medico curante è in disaccordo con i figli, dovrebbe chiedere ad un collega, non appartenente allo stesso culto, un'altra valutazione; questo al fine di valutare lo stato mentale della signora e per valutare se

il suo comportamento dipenda o meno da una sua infermità mentale oppure da una pressione indebita esercitata dai membri della sua chiesa. Il medico sottopone il benessere della sua paziente al rischio che ella possa sperimentare un peggioramento del suo quadro demenziale.
Alla lunga la miglior soluzione etica per il medico è quella di delegare la paziente ad un altro medico che non sia in relazione con la sua chiesa.

CASE REPORT N° 7

OGGETTO: CONFLITTO DI INTERESSI

Uno psichiatra di 50 anni assunse una paziente come donna di giornata per pulire il suo appartamento. La sera, al rientro a casa, la trattava con l'ipnosi per le sue fobie. Il lavoro concordato sostituiva il pagamento per il trattamento che la donna non poteva, altrimenti, permettersi.

J.Arboleda-Flores
Canada

Domanda: **lo psichiatra era nel giusto nell'intrattenere questo accordo di lavoro con la sua paziente?**
1) SI, poiché la paziente era in grado di ottenere un beneficio dall'opportunità di avere un trattamento di cui necessitava.
2) NO, poiché lo psichiatra non avrebbe dovuto mescolare i ruoli di terapeuta e di datore di lavoro considerando i futuri conflitti di interesse.

Commento:
Esiste un principio che è indispensabile seguire: nessun medico, salvo vi sia un'emergenza, dovrebbe trattare un familiare, un amico o una persona che lavora al suo servizio o sotto la sua responsabilità.
Il rischio di conflitto di interesse, in queste situazioni, (incluse le condizioni emozionali), è molto alto. Chi perde, in questi casi, è quasi sempre il paziente, che ha bisogno di una certa distanza e neutralità per una

migliore relazione medico-paziente.
Tralasciando le prospettive negative e le possibilità di altre motivazioni con impatto negativo sull'alleanza terapeutica, il medico ha creato un conflitto di interesse nel quale egli non può essere in contemporanea sia il datore di lavoro che il medico curante. Una relazione medico-paziente ottimale richiede una distanza tra le due parti. Questo è ancor più vero in psichiatria dove transfert e controtransfert tendono a permeare tutti gli aspetti dell'interazione relazionale. Una relazione medico-paziente ottimale dovrebbe essere basata su un livello di parità in cui lo psichiatra si trova lì per aiutare il paziente a trovare il miglior equilibrio psichico nella sua vita e ad imparare come gestire i suoi sintomi, ma dove è il paziente che si organizza e prende decisioni nel corso della terapia. L'idea è di aiutare il paziente a sviluppare una miglior capacità nel prendere decisioni indipendenti e ad abbandonare le dipendenze. Al contrario una relazione datore di lavoro-dipendente è una relazione fra capo e dipendente dove gli obblighi contrattuali costringono il dipendente ad espletare compiti previsti nel contratto e che sono stati posti dal datore di lavoro nel contratto stesso. Un aggiustamento utilitaristico di questo tipo mescola i ruoli ed entrambe le parti possono diventare perdenti. Per il dottore una soluzione migliore sarebbe quella di appellarsi al suo altruismo e ad effettuare il proprio lavoro come volontariato.

CASE REPORT N° 8

OGGETTO: EUTANASIA

Ad un medico di 25 anni venne diagnosticata una leucemia. Egli viveva con una compagna con la quale aveva un'eccellente relazione. Nonostante il trattamento presso un centro oncologico di buona reputazione la sua salute andò peggiorando. Dopo pochi mesi non poteva più ingerire liquidi ed era tenuto in vita da terapia infusiva. Dopo aver lottato per altre due o tre settimane egli richiese al suo dottore, dapprima debolmente, ma più tardi più fermamente, di essere sollevato dal dolore attraverso la morte. Dopo un primo rifiuto nei confronti della sua richiesta il dottore gli disse che, dal momento che egli stesso poteva rifornirsi di quanta morfina voleva, aveva solo da inserirne una dose maggiore nella sua terapia endovenosa al fine di porre termine alla sua vita. Egli agì di conseguenza alla presenza della sua compagna. Invece di morire, si risvegliò con un tono dell'umore euforico e fu in grado di gustarsi cibo e bevande. Decise di non agire più ulteriori atti contro la sua vita. Pochi mesi più tardi la leucemia fu la causa naturale della sua morte.

Driss Moussaoui
Marocco

Domanda: **era consentito allo psichiatra di informare il paziente su come togliersi la vita?**
1) NO, la morte compassionevole è vietata, per i medici, in molti paesi del mondo.
2) NO, le conseguenze del fatto confermano la sua premessa.
3) SI, il case-report si riferisce ad un paziente oncologico in fase terminale. Il paziente è adulto, sano di mente, acculturato ed egli stesso esperto in ambito medico. Era a conoscenza della sua ma-

lattia e della sua morte imminente. Aveva sufficienti ragioni e diritto di determinare il suo destino a causa delle sofferenze insopportabili.

Commento:
L'eutanasia, che è l'atto di por fine deliberatamente alla vita di un paziente, anche su richiesta del paziente stesso, non è etica. Un dovere del medico, il primo e principale, è la promozione della salute, la riduzione delle sofferenze e la protezione della vita.
Gli psichiatri dovrebbero stare attenti a compiere azioni che potrebbero condurre alla morte di coloro che non possono proteggere se stessi a causa della loro disabilità. Lo psichiatra dovrebbe considerare che i concetti del paziente potrebbero essere distorti da una patologia mentale quale la depressione. In tali casi il ruolo dello psichiatra è quello di trattare la malattia.
Questo caso mostra che l'eutanasia è un campo estremamente complesso e che non può essere affrontata con leggerezza. Anche in situazioni disperate come questa, con un paziente in fase terminale, la decisione presa di porre fine alla vita del paziente ed agita dal paziente stesso ha avuto uno sviluppo completamente opposto, dal momento che il paziente si è risvegliato con una forte volontà di vita.
Questo è il motivo per cui il medico deve essere molto cauto verso i desideri di morte espressi dal paziente in conseguenza delle sue sofferenze insopportabili. Il quesito clinico da porsi è se il paziente è affetto da un episodio depressivo in comorbidità con la malattia fisica. Un tratta-

mento antidepressivo può capovolgere la determinazione a morire di alcuni di questi pazienti. L'eutanasia non è permessa in molti paesi e, come una sorta di suicidio assistito, è condannata da molte religioni. Considerando comunque che in questo caso non ci sono ingiunzioni legali o religiose, il quesito da affrontare non è quello dell'eutanasia in sé o della sua legalità, ma il fatto che il medico ha preso una scorciatoia verso l'eutanasia e ha eluso i suoi obblighi e i suoi doveri morali. Apparentemente ha indotto, nel suo paziente, una decisione verso un atto di effettiva eutanasia attiva.

CASE REPORT N° 9

OGGETTO: EUTANASIA

Il sig. A.P., di 45 anni, viveva in una residenza assistita perché mentalmente ritardato. Era però sufficientemente autonomo da andare in un ufficio ed eseguire meccanicamente alcuni lavori. Era stato dichiarato incapace di intendere e di volere venti anni prima e gli era stato dato come tutore uno zio. Nella struttura aveva una amica-compagna. Come effetto collaterale di un nuovo trattamento antiepilettico ebbe una necrosi intestinale che richiese un intervento chirurgico d'urgenza e una colonstomia. Nel periodo post operatorio ebbe varie complicanze, a partire da una polmonite trattata con antibiotici per via endovenosa. Divenne oppositivo, non voleva più nutrirsi e chiese a medici e infermieri di farlo morire, per andare "a incontrare sua madre". Lo psichiatra prescrisse un trattamento antidepressivo e il cibo gli fu somministrato tramite sondino nasogastrico, che egli si strappava parecchie volte la settimana. Ebbe anche delle colluttazioni con gli infermieri che lo dovettero contenere al letto per riposizionare il sondino. Tre mesi dopo il ricovero in ospedale una nuova infezione e un'emissione di pus affiorò sulle sue labbra così da richiedere un nuovo intervento chirurgico. Divenne aggressivo verso medici ed infermieri, gridava ininterrottamente e li pregava di lasciarlo morire. Il suo tutore, un anziano signore mentalmente limitato e incapace di prendere alcuna decisione, firmò l'autorizzazione per il nuovo intervento.

Juan Vinas
Spagna

Domanda: **doveva il chirurgo eseguire l'intervento?**
1) SI, esiste il consenso informato da parte del tutore.

2) SI, non trattato il paziente sarebbe morto.
3) NO, il tutore è limitato intellettualmente ed incapace di prendere qualsiasi decisione. Si sarebbe dovuto richiedere al giudice di nominare un altro tutore.

Commento:
Ovviamente la terapia antidepressiva non riuscì ad aiutare il paziente a liberarsi dal suo forte desiderio di morte. L'équipe curante era divisa tra la necessità di combattere, da un lato, la malattia fisica e le sue complicazioni e, dall'altro, la sua qualità di vita.
In questo caso i medici non potevano interrompere il trattamento, nonostante la sua richiesta. L'azione da compiere era porre una presenza positiva al suo fianco, calmare la sua angoscia, prescrivere ansiolitici e antidepressivi per far sì che la situazione diventasse più serena.
L'eutanasia è un argomento enormemente discusso che diviene facilmente emotivo quando intervengono elementi di moralità personale, di religione e di risvolti legali. L'eutanasia può essere attiva o passiva. A livello personale l'obbligo di preservare la vita si scontra contro un supposto diritto di morire con dignità. In alcune nazioni è contro legge, per un medico, accompagnare un paziente alla morte (eutanasia attiva), ma la legge non può essere così precisa se il paziente viene lasciato morire naturalmente dopo che è stato determinato che ulteriori trattamenti non avrebbero potuto modificare il naturale esito finale della malattia. L'eutanasia passiva sembra essere più accettabile sull'assunto che un individuo ha il diritto di rifiutare accanimenti terapeutici, una

volta che si sia stabilito che le possibilità di sopravvivenza sono minime con qualsiasi trattamento, lasciando, da quel momento, che gli eventi naturali seguano il loro corso. Allora, se il paziente è giunto alla decisione di morire, i medici non dovranno intervenire ulteriormente, se non con qualche cura palliativa per controllare il dolore. Il problema sorge da un lato su quando e dove tracciare la linea di demarcazione fra accanimento terapeutico e proposte terapeutiche che abbiano possibilità di successo così valide da allontanare la morte. Un medico etico deve valutare tutte le possibilità ed eventualità in modo da rendere consapevole il paziente di tutte le alternative e di tutti i possibili esiti di ogni intervento. Nel caso in oggetto la complicanza aggiuntiva si riferisce alla dubbia competenza del tutore a prendere simili decisioni di vita o di morte. Probabilmente il tutore aveva trascurato i suoi doveri fino ad ora e nessuno aveva obiettato. Solo un giudice dovrebbe avere il potere di prendere una decisione tale da capovolgere la decisione del tutore.

I pazienti hanno diritto a tutori qualificati quando è richiesta la difesa del loro benessere e dei loro interessi. Quando l'autorità giudiziaria riscontra che un soggetto affetto da disturbo mentale è incapace di gestire i suoi affari, vengono adottate delle misure necessarie e adeguate per tutto il periodo per cui le condizioni della persona lo richiedono, al fine di assicurare la difesa dei suoi interessi.

Se il tutore del paziente ostacola il trattamento che, a giudizio dello psichiatra, rappresenta il miglior interesse per il paziente stesso, lo psichiatra può opporsi a questa decisione e discuterne con le istituzioni legali.

CASE REPORT N° 10

OGGETTO: SEGRETO PROFESSIONALE

Un quarantacinquenne ricco, di bell'aspetto, socievole, elegante, membro dell'alta società, aveva una relazione amorosa con una trentacinquenne parimenti bella ed elegante. A seguito di alcuni episodi clamorosi di gelosia da parte dell'uomo (probabilmente di natura patologica), la giovane donna decise di porre fine alla loro relazione. A seguito di ciò l'uomo si recò da uno psichiatra, presso il quale aveva già effettuato alcune visite, e gli rivelò che aveva con sé un fucile e che la sua prossima visita sarebbe stata effettuata alla sua ex ragazza che aveva intenzione di uccidere. Aggiunse che questa informazione era un segreto professionale tra medico e paziente e che ogni trasgressione alla segretezza non sarebbe passata inosservata.
Lo psichiatra decise che un tradimento del segreto professionale, in questo caso, era necessario e informò la signora e la polizia. Interrogato dalla polizia l'uomo negò di avere cattive intenzioni.
Ne seguì un'accesa discussione fra professionisti, rinfocolata dal fatto che l'uomo potesse realmente andare a uccidere la sua ex fidanzata col fucile che portava quando si era recato in visita nello studio dello psichiatra.

G. Christodoulou
Grecia

Domanda: **in questo caso, la rottura del segreto professionale era giustificata?**
1) SI, in accordo con il caso "Tarasoff".
2) SI, in accordo con la dichiarazione di Madrid.
3) SI, ad esempio, in caso di pericolo, il medico ha un doppio obbligo legale non solo verso il suo paziente ma anche verso la co-

munità.
4) SI, al fine di proteggere il paziente contro la sua stessa violenza.
5) NO, un simile precedente spingerebbe criminali violenti a non presentarsi agli psichiatri impedendo loro di ricevere trattamenti tesi ad aiutarli ad astenersi da atti violenti.
6) NO, lo psichiatra avrebbe dovuto impostare una cura urgentemente e in un momento successivo avrebbe dovuto formulare un ulteriore giudizio diagnostico e prendere in considerazione ogni altro trattamento consigliato e possibile.

Commento:
Il primo quesito clinico da porsi in questo caso complesso è: perché quest'uomo si è recato da uno psichiatra prima di uccidere la sua ragazza? Se manifestava un disturbo mentale, il comportamento di gelosia ne faceva parte? Questa situazione avrebbe richiesto un ricovero obbligatorio? E' chiaro che lo psichiatra avesse il diritto ed il dovere di informare sia la polizia che l'ex fidanzata. Sfortunatamente ciò non prevenne l'omicidio della signora.
Capron argomenta che la segretezza è funzionale a 6 funzioni:
1°) proteggere l'autonomia individuale,
2°) proteggere la condizione del paziente come essere umano,
3°) evitare inganni o arresti,
4°) stimolare i medici a prendere ponderatamente le loro decisioni,
5°) sostenere le decisioni razionali prese dal paziente,
6°) coinvolgere l'opinione pubblica negli affari medici.

Il segreto professionale non è una condizione da mantenere obbligatoriamente. Si deve costantemente mantenere un equilibrio ponderato tra il preservare il segreto professionale e la necessità di romperlo al fine di ottenere i migliori risultati per il paziente o la sicurezza e il benessere di altre persone o l'interesse pubblico. Le eccezioni sono contemplate nella sanità pubblica e nella salute mentale. In molte nazioni la legge raccomanda allo psichiatra di mantenere il segreto professionale, ma diventa un obbligo permetterne la trasgressione quando vi è un pericolo per gli altri, specie se identificato. Negli U.S.A. ciò è conosciuto come il "Diritto di Avvertire" o la decisione di Tarasoff, a seguito del caso in cui un giovane spasimante uccise la sua ragazza che aveva manifestato l'intenzione di porre fine alla loro relazione. Il giovane era stato dimesso da un servizio di emergenza ospedaliero dove era stato ricoverato per cure. Ai clinici si obiettò che non avevano tenuto conto del pericolo potenziale identificato. Quella situazione appare molto simile a quella riscontrata in questa situazione. La vittima potenziale è una persona ben identificata e lo psichiatra avrebbe dovuto accettare il suo dovere a preavvisare. In ogni caso avrebbe dovuto avvisare il paziente di quanto avrebbe fatto, essendo necessarie, all'interno della relazione terapeutica, sia la sincerità che l'onestà, e, se necessario, avrebbe dovuto procedere ad un ricovero obbligatorio sulla base dell'assunto che il paziente, affetto da patologia psicotica o altro, si dimostrava incapace di controllare le sue azioni a seguito del disturbo del momento.