

## Informare il paziente psichiatrico sul suo disturbo mentale e sulle cure possibili: dovere o facoltà?

Jutta M. Birkhoff

La questione se il medico abbia la facoltà o il preciso dovere di informare il suo paziente, sembra essere antica quanto la storia della medicina stessa.

"Tieni all'oscuro il paziente circa ogni evento futuro", era la prassi dettata dal "corpo ippocratico" e dalla filosofia pitagorica<sup>1</sup>. Esisteva allora il diritto-dovere di non rivelare nulla al malato, né sulle sue condizioni di salute, né sul trattamento al quale sarebbe stato sottoposto.

Ufficialmente questo atteggiamento era volto a salvaguardare il paziente da eventuali "passi estremi", specie se gli fossero state fornite notizie preoccupanti sul proprio stato di salute, ma la ragione forse più vera era quella che il silenzio circa la diagnosi, prognosi e terapia, permetteva di mantenere i privilegi e l'alone di mistero che doveva circondare la persona dell'archiatra. Questo tipo di impostazione era alla base di "quel contegno dogmatico che fu poi sanzionato da Galeno e nello stesso tempo divenne espediente del protezionismo corporativo che prevalse in molte fasi successive della professione"<sup>2</sup>.

Questa tendenza di tenere il paziente all'oscuro rimase inalterata anche durante il Medio Evo.

Con la "demistificazione della medicina", iniziata nel periodo dell'Illuminismo, si cominciò lentamente a prendere in considerazione l'opportunità di informare il paziente, unicamente però al fine di permettere a quest'ultimo di meglio comprendere l'importanza della prescrizione fatta dal medico e quindi di uniformarsi correttamente alla stessa.

Secondo il paradigma ippocratico-paternalista, l'informazione non era quindi considerata un dovere derivante dal rispetto del principio della libertà della persona, ma serviva solamente a promuovere un "be-

neficio terapeutico", in quanto il concetto di informare, specie al fine di ottenere un consenso, non esisteva ancora, persistendo invece l'idea che la sottomissione del paziente all'operato del medico doveva essere assoluta.

Fu Thomas Percival (1740-1804), che per primo sostenne il *diritto* del paziente all'informazione, diritto che, il più delle volte, si dimostrò essere più che altro un "inganno caritatevole", atto a salvaguardare l'equilibrio del malato<sup>3</sup>.

Ancora nel XIX secolo, il rapporto medico-paziente era ben diverso da quello attuale. Il paziente si lasciava curare senza richiedere alcun tipo di chiarimento circa la propria sofferenza, era fiducioso e rispettoso nei confronti sia della scienza sia dell'autorità del curante<sup>4</sup>, che, a sua volta, evitava per lo più ogni informazione, ritenendola, comunque, inutile e incomprensibile per un profano.

È solo con il Codice di Deontologia Medica del 1957 e poi, più specificamente, con quello del 1980<sup>5</sup>, che l'attuale concetto di consenso informato, oggi disciplinato dagli articoli 30, 31 e 34 del codice del 1998<sup>6</sup>, ha trovato spazio.

Per il medico informare il paziente non è però solo un dovere deontologico, ma anche un obbligo giuridico, in quanto premessa necessaria al consenso per qualsiasi accertamento e cura. Ogni intervento curativo coinvolge, infatti, i beni più preziosi della persona, quali l'integrità fisica, la salute, la stessa vita; un insieme di valori che, per la loro fondamentale importanza, ricevono primaria protezione sia dalla Costituzione sia nell'ambito del diritto penale. Il trattamento (definito dal Puccini come "quegli atti che il medico compie sulla persona, secondo le regole della scienza e dell'esperienza, allo scopo di giovare alla salute o di altro fine utile e lecito"<sup>7</sup>) può unicamente essere eseguito se vi è il consenso del paziente, e questo può essere dato solo quando quest'ultimo sa quale male lo affligge e che cosa si intende fare per combatterlo.

Da un punto di vista strettamente giuridico, infatti, il malato ha sempre diritto di conoscere la verità circa le proprie condizioni di salute per essere in condizioni di disporre liberamente di se stesso, cioè di autodeterminarsi in ordine alla tutela del proprio benessere psico-fisico. Dovere di informare, dunque, per il medico e diritto alla cura per il paziente.

Oggi, il rapporto medico-paziente è di tipo contrattuale e il medico può solo proporre, ma non direttamente disporre del bene salute del suo paziente, tranne che in casi ben precisi.

Questa affermazione si ricollega agli articoli 1175 e 1375 del codice civile<sup>8</sup> se il rapporto è di tipo privatistico ed è sorta in base a un contratto; se invece esso ha natura pubblicistica il diritto del malato a sapere la verità si ricava dai principi generali e in particolare dalla Legge 833/78 (artt. 1, comma 2°, 25, 27 e 48, comma 10°)<sup>9</sup>.

L'obbligo di delucidazioni viene, a volte, anche individuato nel dove-

re della buona fede ex articolo 1337 c.c., dovere estensibile al consenso al trattamento per analogia, giacché anche qui un soggetto entra in contatto con una sfera di interessi altrui, che è tenuto a rispettare in forza del generico dovere di *alterum non laedere*<sup>10</sup>.

Anche a prescindere dalle norme deontologiche o giuridiche, oggi, il rapporto medico-paziente è notevolmente cambiato<sup>11</sup>: il malato vuole e ha il diritto di sapere e di essere informato dal proprio medico, anche se, probabilmente, quando gli chiede aiuto, vorrebbe sentirsi prima di tutto rassicurato circa "l'innocuità" del proprio male e ottenere la certezza di stare presto bene.

Per ritornare all'obbligo deontologico all'informazione, questa deve ispirarsi a tre principi: il medico deve essere ben consapevole dei "limiti delle conoscenze mediche"; deve sempre operare nel "rispetto della persona" e, infine, avere come finalità la "migliore adesione alle proposte terapeutiche"<sup>12</sup>.

Alcune regole generali vanno sempre rispettate per una corretta modalità informativa. Fino dal primo approccio, il medico deve informare il paziente sulla propria qualificazione professionale e sulla specializzazione eventualmente posseduta, sulla diagnosi, sul tipo e sui principali caratteri dell'intervento, sulle ragioni che lo rendono opportuno oppure necessario, sulle prospettive favorevoli che esso apre, sulle conseguenze negative che inevitabilmente comporta, sui possibili svantaggi derivanti dall'eventuale rinuncia ai trattamenti prospettati, sui vantaggi e pericoli anche di interventi alternativi. Si ritiene, infatti, che la conoscenza di questi aspetti sia condizione imprescindibile ai fini della consapevolezza e quindi della validità di un eventuale consenso al trattamento.

L'informazione deve essere data senza creare ansia o preoccupazioni. Il medico che informi il malato senza adottare la minima precauzione e lo spaventi al punto da indurlo, per un istinto irrazionale di paura, a opporsi all'esecuzione dell'intervento, ne viola sicuramente la libertà di decisione, anche senza averne intaccato la sfera corporea.

Essenziale per una corretta informazione è un linguaggio adeguato, che eviti ogni tentativo di indottrinamento. Ha più importanza la qualità della quantità di quanto esposto al paziente, pertanto, è oltremodo importante creare un clima adatto e sereno che gli permetta anche di porre liberamente qualsiasi domanda.

La persona deve essere informata in base alle possibilità che ha di ricevere le notizie, che non devono essere per forza particolarmente approfondite e dettagliate sul piano scientifico, ma espresse in modo tale da essere comprese in base alle sue condizioni e alle sue capacità culturali, se non altro nelle loro linee generali. Va, infatti, sempre tenuto a mente che, in genere, si è di fronte a un soggetto profano dell'arte medica; si deve quindi prestare la massima attenzione a rendergli accessibili le informazioni fornite.

In questo senso si è anche espressa, nel 1998 a Roma, la Consensus Conference<sup>13</sup>: l'informazione non dovrebbe più essere fornita con lo standard "professionale", vale a dire in modo tecnico-medico, bensì o con uno standard "medio", adeguato a ciò che una persona comune potrebbe voler sapere e potrebbe comprendere, o con uno standard "soggettivo", indirizzato cioè a un determinato paziente in base alla sua capacità di comprendere e di decidere. Viene, inoltre, specificato che *informare*, nel senso unicamente di portare una notizia a conoscenza dell'altro, non è sufficiente per ottenere un valido consenso, in quanto è anche indispensabile il *comunicare*, informare, cioè, all'interno di una relazione umana e professionale tra medico e paziente.

Il medico ha in ogni modo anche la facoltà di "attenuare" la verità, se questa è particolarmente tragica e/o traumatizzante; in questo caso egli non rivela la verità integrale, ma solo una parte di essa che tuttavia dovrebbe lasciar intravedere la realtà, ammesso che il malato sia in condizioni psichiche e fisiche tali da riuscire a squarciare il velo da cui la notizia è avvolta.

Il sanitario è tenuto non solo a adempiere l'obbligo di informazione, ma anche a sorvegliare che la volontà del paziente si formi immune da errori, ad accertare che decida in modo lucido e meditato, a usare la dovuta diligenza nell'interpretare i segnali che emette, a indagare, cioè, se la decisione a sottostare al trattamento sia libera e spontanea o se dipenda invece dalla violenza esercitata su di lui da terzi, per poter, infine, prestare le cure in conformità ai dettami della scienza<sup>14</sup>.

Va però anche precisato che essere informati è un diritto e non un obbligo del paziente, in quanto può anche esplicitamente rinunciare e chiedere solo di essere assistito e anche questo suo diritto va rispettato.

Il paziente deve quindi essere messo nella condizione di potersi autodeterminare in seguito a un'adeguata informazione; deve raggiungere la possibilità interiore di potere scegliere. Per arrivare a questa libertà interna, formata da elementi valutativi della sfera cognitiva, oltre che da istanze personali, a volte bloccate da resistenze inconse e da conflittualità profonde di varia natura, è fondamentale lo sviluppo di un'autentica e conquistata relazione umana e terapeutica.

L'elemento essenziale e presupposto della conoscenza clinica è quindi costituito dall'incontro tra medico e malato, che comporta intuizioni, contatti e scambi affettivi.

Il rapporto medico-paziente che si instaura non è sicuramente paritario: l'uno, il paziente, infatti, chiede aiuto (o viene spinto a farlo da terzi) e si aspetta come risultato lo "stare meglio"; si trova quindi in una situazione di debolezza, dipendenza, emotività e soggezione; l'altro, il medico, nonostante l'autorevolezza della conoscenza, l'eventuale capacità persuasiva, il prestigio, può solo offrire delle possibilità di intervento, ma non può dare certezza alcuna di risultato.

Nel 1956, Szasz e Hollander avevano individuato tre modelli di interazione tra persone, applicabili al rapporto medico-malato<sup>15</sup>:

1. il modello "attività-passività", in cui solo uno dei protagonisti, il medico, cioè, ha il "potere" di agire, mentre l'altro subisce passivamente, come, per esempio, nel caso di soggetto completamente incapace di comprendere e quindi di decidere (es. condizioni di emergenza);
2. il modello "guida-collaborazione", in cui il paziente, in fase acuta, ma psichicamente lucido, ascolta e chiede, si affida però fiducioso alle cure del medico;
3. il modello della "partecipazione reciproca", infine, sempre più frequente in medicina, vista l'importanza del principio giuridico ed etico dell'autonomia del malato, si realizza specie nelle malattie croniche, dove il paziente, in precedenza adeguatamente informato, partecipa e collabora alla cura.

Il tipo più adeguato di rapporto medico-paziente sembra comunque essere quello "fiduciario", in cui si collabora e si stabiliscono scambi emotivi e affettivi reciproci, condividendo strumenti e fini. L'interazione tra medico e paziente non può basarsi, infatti, solo sull'informazione (nel senso letterale di fornire notizie ritenute utili o interessanti) a senso unico, che parte cioè dal medico e arriva al paziente, del tutto insufficiente per il fine terapeutico che il medico si prefigge, ma è invece indispensabile il concetto di scambio di informazioni, cioè di comunicazione.

Morris, occupandosi della comunicazione umana, ha, fra le altre cose, rilevato che essa influenza in modo significativo il comportamento umano<sup>16</sup>.

Secondo Watzlawick, lo studio della comunicazione non si deve limitare unicamente all'effetto di questa sul ricevitore, ma deve tenere conto anche dell'effetto che la reazione del ricevitore ha sul trasmettitore, poiché i due fenomeni sono inscindibili<sup>17</sup>. La comunicazione è dunque un processo di scambio di informazioni e di influenzamento reciproco che avviene in un determinato contesto; è un processo circolare che prevede l'interazione tra due poli e che attiva sempre una reazione. Sempre, nei rapporti interpersonali, come lo è quello medico-paziente, infatti, il comportamento di una persona influenza ed è a sua volta influenzato da quello dell'altra. Di questo fatto, ogni operatore sanitario deve tenere conto quando affronta il suo paziente.

Altro presupposto nella relazione con il paziente è quello dell'empatia, la capacità, cioè, di porsi "nei panni dell'altro", un mettersi in rapporto con un linguaggio non verbale, fatto di gesti, di espressioni mimiche, e anche di silenzi. Comunicare non significa quindi solo "parlare", significa informare con partecipazione, con empatia, e il rapporto medico-paziente non può prescindere da una corretta comunicazione per basarsi solo su una sterile e fredda informazione. "Non basta che l'informazione sia tecnicamente corretta, completa, comprensibile, chiara e

che soddisfi tutti i requisiti che l'informatore deve rispettare; ma è importante che venga offerta in un contesto relazionale significativo e che 'il ricevente' sia in grado di decodificare correttamente, almeno nelle sue linee di massima, il messaggio fornitogli"<sup>18</sup>.

Il medico deve sempre tenere a mente che non può decidere per il paziente (salvo i casi in cui risulta inevitabile), ma solo con il paziente (cosa che può realizzarsi solamente se esiste un rapporto di fiducia reciproca).

Risulta quindi indispensabile, per avere il diritto di intervenire su di un paziente, che il sanitario fornisca un'adeguata informazione e che il potenziale paziente sia in condizioni psichiche tali da comprendere con esattezza ciò che gli viene riferito e proposto.

Per introdurre il problema connesso all'informazione del paziente psichiatrico, è necessario citare la Legge 180 del 1978, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", completamente inglobata nella Legge 883/78, basata sui principi enunciati nell'articolo 32 della Costituzione e che ha portato considerevoli cambiamenti nell'ambito dell'assistenza psichiatrica, finalmente adeguata alla nuova percezione e impostazione con cui si deve affrontare un soggetto affetto da disturbi mentali.

Detta legge, oltre a disporre la volontarietà del trattamento sanitario come norma (sono previste comunque eccezioni, sempre però rigorosamente regolarizzate), ad abolire la presunzione di pericolosità del malato di mente, a prospettare la chiusura dei manicomi, ritenuti inadeguati per la cura del sofferente psichico, ha soprattutto segnato un importante cambiamento dal punto di vista culturale, in quanto ha equiparato il sofferente psichico a qualsiasi altro malato, quindi con gli stessi doveri e diritti alla salute, al rispetto della persona e alla dignità individuale.

Anche se la malattia mentale viene considerata una patologia come tante altre, il legislatore non ha comunque trascurato il fatto che essa, in certi casi o momenti presenta caratteristiche tali da richiedere interventi peculiari. Si parla qui, ovviamente, dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.), ai quali il malato mentale può essere sottoposto, sempre però nel rispetto di una rigida regolamentazione (che, fra altro, prevede per lo meno il tentativo, da parte del sanitario, di informare e fare comprendere la necessità del trattamento al paziente<sup>19</sup>), onde evitare qualsiasi tipo di abuso e tutelando al massimo il diritto della persona alla salute, a prescindere da qualsiasi valutazione di difesa sociale. Infatti, anche se il soggetto dovesse risultare potenzialmente pericoloso, non per questo viene preso in carico, ma perché bisognoso di cure immediate.

Finalmente allo psichiatra non spettano più ruoli di controllo sociale, ma unicamente le funzioni che gli competono e cioè curare nella maniera più adeguata per tentare di restituire il malato di mente a una vita socialmente integrata. Attraverso la presa in carico, il soggetto con disturbo psichico dovrebbe, infatti, riuscire a prendere coscienza della pro-

pria sofferenza e quindi autonomamente richiedere i necessari accertamenti e cure, al fine di ricercare, per quanto possibile, il raggiungimento del benessere psico-fisico.

Sembrano essere quindi superate le vecchie presunzioni che associavano al sofferente di un disturbo mentale, oltre che la pericolosità, anche un'assoluta incapacità. È risaputo, ormai, che la malattia mentale non annulla sempre automaticamente, totalmente e irreversibilmente la sfera di autonomia critica, progettuale e decisionale di un soggetto, in quanto anche malati gravi, possono esprimere, se adeguatamente stimolati a farlo, gradi sufficienti di capacità e responsabilità, diventando così soggetti capaci di acconsentire a procedure sanitarie o sociali.

Poiché la norma di legge ha equiparato il paziente psichiatrico a qualsiasi altro malato, per entrambi dovrebbero valere le stesse regole. Giacché al paziente "ordinario", sia per disposizione delle leggi dello Stato, sia per i dettami della deontologia, si dovrebbe comunicare un'informazione veritiera sulla patologia e sulle possibilità di intervento, ne risulta che anche al paziente "speciale" tali rivelazioni dovrebbero essere fatte.

Permangono però anche oggi certi preconcetti per quanto riguarda in modo specifico il rapporto medico-paziente psichiatrico, spesso ancora visto come un soggetto incapace di comprendere, di decidere e quindi bisognoso della tutela del suo curante.

Si pone a questo punto la domanda: il medico ha la facoltà o il dovere di informare anche il paziente psichiatrico? Per questi soggetti valgono veramente le regole generali più sopra descritte?

Riguardo al problema se dire o no la verità al paziente, specie se si tratta di una patologia grave, quale per esempio la schizofrenia, malattia che ancora suscita rappresentazioni sociali inquietanti e vissuti angosciosi, c'è chi tenderebbe a non rivelarla e chi invece è di parere contrario.

I sostenitori del "non dire" vorrebbero così evitare sia al paziente sia alla famiglia un incontro "brutale" con la realtà, possibile causa di ulteriori e inutili ansie e angosce, che potrebbero scatenare reazioni incongrue da parte del soggetto malato e danneggiare eventualmente una relazione terapeutica già instaurata. Una diagnosi psichiatrica grave porterebbe, inoltre, alla stigmatizzazione ed emarginazione del malato, in contrasto con lo scopo di reinserirlo, per quanto possibile, nella vita sociale.

La corrente opposta, quella cioè che sostiene la tesi del "dovere dire", replica che il celare la verità costituirebbe più che altro una questione di comodo, perché svelare una diagnosi richiederebbe tempo, una relazione interpersonale basata sulla fiducia e, inoltre, creerebbe angosce anche al terapeuta stesso. La verità andrebbe, invece, sempre e comunque detta, anche se dolorosa, perché parlare in modo mascherato produrrebbe unicamente ulteriore confusione e incertezza. Le eventuali reazioni da parte del paziente dipenderebbero in gran parte sia dal con-

tenuto sia dal modo in cui la diagnosi viene esposta, tenendo conto di quello che il soggetto stesso potrà e vorrà comprendere e accettare della verità stessa. Fornire spiegazioni e ragioni, anche solo sintetiche, circa i suoi comportamenti, potrebbe, inoltre, già apportargli sollievo e rassicurazione. Quindi, il problema non sarebbe tanto se, quanto, quando, dove e a qual fine dire o non dire. Riguardo, poi, alla questione dell'emarginazione, essa potrebbe essere alimentata e mantenuta proprio da questa persistente reticenza, presente in alcuni sanitari, di "pronunciare la parola impronunciabile"<sup>20</sup>.

A prescindere da queste divergenze d'opinione, il paziente psichiatrico è da considerarsi alla stregua di qualsiasi altro malato e va quindi informato.

Presupposti a un'informazione che sia corretta e che abbia un senso per il destinatario della stessa sono che lo psichiatra, e in genere l'operatore della salute mentale: - abbia compiuto il suo iter formativo, che non si esaurisce nel sapere e nel saper fare, ma include l'aspetto del saper essere; - sappia distinguere l'intervento d'urgenza da quello che può essere ritenuto di ordinaria amministrazione; - sia in grado di discriminare la persona che necessita del suo intervento da chi non ne può usufruire; - abbia la sensibilità e l'umiltà di confrontarsi e consigliarsi con chi lavora con lui; - abbia chiara contezza che quello del consenso informato è innanzi tutto un obbligo deontologico ed etico, oltre che medico-legale e giuridico.<sup>21</sup>

Si apre qui il problema della capacità psichica del soggetto, intesa come condizione psicologico-clinica e medico-legale, in quanto risulta fondamentale la presenza della capacità di autodeterminazione, espressione della libertà della persona malata di mente, che deve decidere di se stessa, consapevole e conscia delle premesse e delle conseguenze del suo atto.

La malattia mentale comporta, infatti, anche una patologia più o meno accentuata della libertà. Le pressioni di ogni genere cui sono sottoposti i pazienti psichiatrici da parte del loro contesto ne possono condizionare ulteriormente gli spazi di "libero movimento". È, inoltre, intuibile con facilità come un malato, molto disturbato, possa, in alcune circostanze, non essere in grado di acquisire e valutare serenamente le informazioni che gli vengono date sul suo stato di salute e soprattutto sulla necessità di cure.

Il riflesso più immediato e, per così dire "sintomatico" della malattia mentale, si realizza a livello di comportamento e la terapia comporta sempre, direttamente o indirettamente, un intervento più o meno direttivo su aspetti intimamente legati alla personalità del paziente.

Lo psichiatra si trova a dovere affrontare una variegata tipologia di pazienti. Esistono, infatti, malati di mente perfettamente in grado di comprendere le informazioni loro fornite, come malati che non lo sono o lo sono solo parzialmente, secondo il tipo di messaggio, il contenuto e

le modalità dell'informazione, l'entità e la gravità dei disturbi psicopatologici da cui sono affetti al momento stesso in cui detta comunicazione avviene.

Ogni singolo caso e le sue condizioni mentali possono poi modificarsi, sia spontaneamente, sia terapeuticamente, perché fenomeni dinamici per definizione; un'incapacità iniziale potrebbe, infatti, successivamente e drammaticamente mutare se, per esempio, l'approccio con il paziente cambia, o se si riesce a impedire l'attivazione, difensiva e reattiva, di livelli primitivi e psicotici della personalità; se, ancora, il contesto in cui si trova il soggetto in esame varia.

A volte la decisione, se informare o no, non crea grosse difficoltà, anche dal punto di vista del suo coinvolgimento emotivo, come nel caso di soggetti con gravi quadri morbosi riguardanti principalmente la sfera intellettiva (ritardi mentali gravi, demenze), che molto probabilmente non riescono a comprendere il significato dell'informazione data loro. In questi casi, si informeranno i familiari che avranno la funzione di "garanzia" nei confronti del loro congiunto malato, indipendentemente dalle scelte riguardanti la gestione della sua salute, che seguono - per legge - altri percorsi (T.S.O., interdizione).

Anche di fronte a un paziente che non è in grado di collaborare (a causa di uno stato di delirio o in casi in cui esiste un "grave turbamento intellettivo" che compromette gravemente il giudizio e la critica, generando una compromissione della "coscienza di malattia"), il medico può informare la famiglia, sempre che non esista un previo esplicito divieto da parte del paziente; può inoltre rivolgere l'informazione ai congiunti quando il paziente è (validamente) consenziente o allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi.

In altre occasioni, la decisione circa il dovere di informare può essere legata a notevole coinvolgimento emotivo, come, per esempio, quando si tratta di dovere rivelare la diagnosi di una malattia a prognosi non fausta, come lo sono alcune forme di schizofrenia o di drammatico coinvolgimento come nei disturbi affettivi maggiori. In tali situazioni, il medico deve tenere conto delle condizioni reattive del paziente che magari non ha la capacità di potere tollerare un'informazione negativa, fonte di ulteriori ansie e preoccupazioni. Ciò può portare eventualmente alla perdita di fiducia, all'incrinatura e alla rottura del rapporto medico-paziente. In questi contesti risulta spesso anche difficile informare i familiari, in quanto la diagnosi viene rifiutata e per il paziente può iniziare un lungo pellegrinaggio da un medico all'altro, fino a quando incontra quello che cambia la prima diagnosi in una meno grave e meno ansiogena.

Tuttavia, anche il desiderio del paziente di non volere essere messo al corrente della sua diagnosi deve essere rispettato. Non sempre, infatti, il paziente più informato è anche quello più collaborante.

In linea di principio, trovandosi lo psichiatra confrontato con variegate realtà cliniche (situazioni di scompenso acuto, di remissione, di stabilizzazione, di cronicizzazione, di deterioramento della personalità, di disturbi propri di una struttura nevrotica o prepsicotica o psicotica e così via), e sapendo che il funzionamento delle strutture psichiche varia col variare del quadro sindromico e della gravità di una compromissione in atto, la sua informazione dovrebbe andarsi a collocare negli spazi di autonomia, libertà e capacità, cioè in quei settori di "libero movimento e di responsabilità", che presume presenti in quel determinato malato in quel determinato momento<sup>22</sup>.

Ma come realizzare in concreto l'informazione, o meglio la comunicazione, in ambito psichiatrico?

Il compito dello psichiatra si dimostra particolarmente arduo, visto che egli da un lato deve affrontare un tipo particolare di patologia e di paziente, estremamente variabili, e dall'altro è soggetto a rigide norme disciplinanti l'informazione.

Nel campo della psichiatria, i principi del rispetto della persona e il riconoscimento della massima dignità del paziente assumono sicuramente una particolare valenza.

In ogni relazione medico-paziente e specialmente in ambito psichiatrico, è sempre essenziale un uso appropriato del linguaggio, che costituisce un elemento importantissimo e costitutivo dell'incontro stesso. Senza il linguaggio, strumento naturale, contemporaneamente semplice, raffinato e di un'impareggiabile complessità, la psichiatria non sarebbe nemmeno concepibile. Nonostante esistano molte altre tecniche, il linguaggio mantiene sempre e comunque un posto insostituibile. Il linguaggio, verbale e non, ha importanza fondamentale in ogni momento della relazione medico-paziente ed è quindi essenziale che sia adeguato al soggetto che si ha di fronte, evitando qualsiasi tipo di comunicazione che possa in qualche modo essere deteriore e dannosa per il rapporto stesso. D'altra parte, però, non si deve nemmeno banalizzare o evitare di parlare, creando così inutile confusione e incertezza.

Il colloquio comprende anche l'informativa che deve essere fornita adeguatamente in relazione alla capacità di comprensione del malato. Il colloquio col paziente è lo strumento che porta alla diagnosi psichiatrica, oltre a essere la premessa per la migliore realizzazione dell'oggetto del rapporto. Esso deve mirare alla comprensione sia della psicopatologia sia della psicodinamica.

Lo psichiatra, oltre che offrire un ascolto partecipe ed essere dotato di particolari doti di introspezione, deve, con i suoi interventi "parlati", sempre nel rispetto della *privacy* e della dignità umana del paziente, indagare sull'ambiente socio-culturale-familiare che lo influenza e lo ha influenzato e che può avere portato alla genesi e all'evoluzione delle manifestazioni patologiche in atto.

Se il medico possiede personalità professionale e il paziente è in possesso di una particolare capacità di riceverla, il colloquio stesso può già avere un'efficacia terapeutica più o meno significativa.

In psichiatria, ancor più che nelle altre branche della medicina, più che un'informazione è auspicabile una comunicazione col paziente finalizzata a instaurare una buona relazione, il che comporta prima di tutto "saperlo ascoltare", anche al fine di capire ciò che desidera sapere e trovare la maniera più adatta per informarlo. Il modo in cui viene effettuata l'informazione costituisce la base e caratterizza la qualità del rapporto medico-paziente. Essa deve essere semplice, comprensibile, sincera, adeguata alla situazione e al paziente.

Comunicare a un paziente psichiatrico una diagnosi significa tentare di fargli avere la consapevolezza, anche solo parziale, di un fatto morboso che lo colpisce; significa, a differenza di quanto accade nella patologia somatica, in cui il paziente "ha" una data cosa, dirgli che egli "è" in un certo modo.

Lo psichiatra entra quindi nel "mondo interno" di una persona, gli rivela notizie circa il suo stile di vita, il suo modo di raffrontarsi con l'ambiente circostante. Tutto ciò fa sì che il medico deve sapere valutare il modo adeguato con cui soddisfare "il diritto di sapere" del suo paziente. L'informazione non deve risultare invasiva e distruttiva, ma possibilmente avere già un effetto rassicurante e terapeutico, svolgendosi in un clima di serenità, che tranquillizza, diminuisce le ansie e preoccupazioni del malato.

Il medico potrà valutare se, eventualmente, attenuare la gravità della diagnosi, scegliendo che cosa sembra utile dire, magari enfatizzandone dati punti e tralasciandone invece altri, che forse potranno essere rivelati in un secondo momento. Essa deve essere, per così dire, "fatta su misura" per il soggetto che si ha di fronte, valutando la sua capacità di accogliere una data notizia, che per il paziente sarà comunque significativa e che gli comporterà delle conseguenze.

Ciò nonostante, l'informazione dovrà essere veritiera, nei limiti, ovviamente, delle possibilità della conoscenza medica che il medico applica con onestà e diligenza, senza "dimenticare che in psichiatria la verità, ivi compresa quella diagnostica, ha una connotazione oggettiva, costituita dalla natura e dalla gravità dei sintomi che si vedono dall'esterno, ma ha sempre anche una profonda connotazione soggettiva, costituita dal vissuto del paziente"<sup>21</sup>.

Si potrà, in sintesi, dire che, nel limite delle possibilità del paziente e in base alla sua patologia, il medico deve comunque cercare di fornire delle informazioni al suo assistito sul disturbo che egli presenta.

Oltre a porsi la domanda se informare o no il paziente psichiatrico circa la diagnosi, ci si chiede se è doveroso o solo facoltativo renderlo edotto sulle possibili cure. In psichiatria, ogni progetto di intervento te-

rapeutico deve tenere conto dei sintomi, delle fantasie, delle emozioni, dei pensieri, sogni, azioni, gesti ecc. del malato, se si vorranno costruire delle soluzioni all'interno del rapporto col paziente, e una delle principali finalità dell'informazione stessa è quella di portare a una migliore adesione alle proposte terapeutiche.

In psichiatria il successo di un trattamento è spesso legato al fatto che il paziente vi aderisca spontaneamente. Per raggiungere un'efficace alleanza di lavoro, o meglio terapeutica, ci deve essere un clima di fiducia, di empatia e di reciproco rispetto, che può essere raggiunto solo se l'Io del medico riesce ad allearsi con la parte sana, razionale e osservatrice dell'Io del paziente.

Anche quando si devono esporre le possibili cure, va valutato con attenzione il come renderle note, onde evitare reazioni negative, le cosiddette "resistenze", o creare false aspettative nei confronti delle proposte stesse. Se il paziente è in grado di recepire queste, esse vanno espresse in modo tale da portare alla suddetta alleanza tra medico e malato.

Per decidere se esporre o no le possibili cure al paziente, il medico terrà presente se questi presenta o no un Io razionale e ragionevole sufficientemente sano, se ha la capacità di introspezione, di esplorare, cioè il rapporto tra realtà interna ed esterna e se egli presenta sentimenti positivi nei confronti della terapia. Senza questi requisiti diventa difficile sostenere un rapporto terapeutico<sup>24</sup>.

Se sono presenti le premesse, un progetto di aiuto va riferito, in quanto funge da "contenitore" alle attese, speranze e angosce del paziente. Esso lo potrà rassicurare e renderà più tollerabili le incertezze sul futuro.

Per concludere e tentare di dare una risposta al quesito che ci siamo posti nel titolo, si deve in primo luogo dire che in nessun altro campo come in quello della psichiatria, si pone in primo piano l'individuo, unico e irripetibile, sia come persona sia nella sua malattia, tale che risulta essere difficilmente inquadrabile all'interno di schemi preformati e sempre validi.

Se già nella medicina somatica il medico deve attentamente considerare il soggetto che ha di fronte per valutare se e come informarlo circa la sua malattia, di fronte alla patologia mentale, per le caratteristiche sue proprie che la rendono in qualche modo "inafferrabile", ogni regola di comportamento sembra essere ancora più aleatoria.

Nonostante la legge abbia equiparato il malato psichico a ogni altro paziente, non ci sembra che questo sia del tutto vero, perché la sua sofferenza è diversa, coinvolgendo la mente umana che risulta sfuggente e non definibile come lo potrebbe, per esempio, essere invece la malattia che colpisce un determinato organo somatico. Identici, invece, sono la dignità umana e il diritto a stare meglio, a essere aiutati e curati nel miglior modo possibile.

Ogni malato psichico forma un "mondo a sé", che è necessario cercare di esplorare, conoscere, capire per vedere se vi è possibilità di penetrarvi. Se questa possibilità esiste, se ci sono "porte aperte", si deve provare a entrare in questo "mondo", con cautela, rispetto e comprensione, cercando di dialogare, comunicare e quindi informare, onde creare un'alleanza per trovare insieme una soluzione alle sofferenze che il paziente esprime.

Per essere in grado di informare in modo adeguato un malato psichico, il medico deve essere in possesso di un nutrito bagaglio tecnico-professionale, deontologico e "empatico", che formerà la base per stabilire se e quanto potrà e dovrà dire per programmare un rapporto di "lavoro" carico di valenze profonde e misteriose. In questo settore è particolarmente importante che non vada perduta la relazione fra paziente e medico, che, oggi, tende invece a diventare sempre più tecnica, distaccata e burocratica, provocando una distanza incolmabile fra il medico e il suo assistito e confusione e incertezza in quest'ultimo. Il medico deve avere tempo da dedicare al suo malato, creare con lui un vero rapporto umano, basato sulla comprensione e sulla comunicazione informativa che può essere l'inizio per una crescita relazionale e per l'evoluzione mentale del paziente stesso.

Dai sommi esempi forniti in precedenza, si comprende come sia impossibile prospettare delle indicazioni valide sempre e comunque. È auspicabile che si possa creare un rapporto tale da permettere un'adeguata informazione, che sia quella adatta a ciò che "quel" paziente, in un dato momento della sua storia clinica, può sopportare in base alla "sua" capacità critica e alla "sua" reattività emotiva, al fine di ottenere i risultati migliori di collaborazione.

Sovente l'informazione può fare sì che il paziente psichiatrico sviluppi una coscienza critica sulla malattia che lo assale e chiedi poi, egli stesso, un aiuto per fronteggiarla con una valida alleanza terapeutica, mentre una non-informazione e il rapporto di pura dipendenza, che è necessario solo in certi casi e per un tempo limitato, risulta essere fonte di fenomeni regressivi e patogeni.

Concludendo, si può forse dire che, in ambito psichiatrico in particolare, il medico deve agire secondo "scienza e coscienza", dedicando tutto il tempo necessario per tentare di comprendere quello che risulta essere più adeguato fare in rapporto con "quella persona", unica e irripetibile nella "sua" malattia e nel "suo" modo di viverla in un determinato momento della sua storia di vita e secondo il contesto in cui avviene l'incontro. La norma, sia giuridica sia deontologica, di dovere informare, potrebbe in questo ambito scontrarsi con i valori etici della professione che ha, comunque, il fine di non ledere il paziente. Questa è la regola che il medico deve innanzi tutto rispettare.

#### Note

- <sup>1</sup> Altamura B.M. Dal giuramento di Ippocrate ai Codici deontologici moderni: continuità o superamento? *Med Mor* 1984;3:338 e segg.
- <sup>2</sup> Mottura G. *Il giuramento di Ippocrate, i doveri del medico nella storia*. Editori Riuniti, Roma 1986.
- <sup>3</sup> Per approfondimenti vedi: Faden R.R., Beauchamp T.L. *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press, New York 1986; - Shorter E. *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*. Feltrinelli, Milano 1986.
- <sup>4</sup> Tale comportamento del paziente ricalca esattamente il significato stesso della parola "paziente": "colui che sopporta, che tollera, che sa accettare con serenità e senza lamentarsi, avversità, contrattempi, dolori, ecc."; cfr. *Il Nuovo Zingarelli*. Zanichelli, Bologna 1986:1354.
- <sup>5</sup> AA.VV. *Il Nuovo Codice di Deontologia Medica commentato articolo per articolo*. Giuffrè, Milano 1991:163-164.
- <sup>6</sup> Codice di Deontologia Medica del 1998, Titolo III: (Rapporti con il cittadino); Capo IV: (Informazione e consenso); Art. 30 (Informazione al cittadino): "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata".
- Art. 31 (*Informazione a terzi*): "L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'Art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri. In caso di paziente ricoverato, il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili".
- Art. 34 (*Autonomia del cittadino*): "[...] Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente".
- Si precisa che si sta attualmente discutendo per l'approvazione di un nuovo codice deontologico, che entrerà probabilmente in vigore agli inizi del 2006.
- <sup>7</sup> Puccini C. *Istituzioni di Medicina Legale*. 6ª ed. Ambrosiana ed., Milano 2003:881.
- <sup>8</sup> Titolo I: "Delle obbligazioni in generale"; Capo I: "Disposizioni preliminari"; Art. 1175 c.c. (Comportamento secondo correttezza): "Il debitore e il creditore devono comportarsi secondo le regole della correttezza (in relazione ai principi della solidarietà corporativa)".

TITOLO II: "Dei contratti in generale"; Capo V: "Degli effetti del contratto"; Sezione I: "Disposizioni generali", Art. 1375 c.c. (Esecuzione di buona fede): "Il contratto deve essere eseguito secondo buona fede".

<sup>9</sup> Legge 833/78: Art. 1 (I principi): "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio [...]".

Art. 25 (Prestazioni di cura): "Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica [...]. La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente".

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento, a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata [...].

Art. 27 (Strumenti informativi): "Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo art. 33. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva [...]. Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'interessato [...]".

Art. 48 (Personale a rapporto convenzionale): "[...] Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere: [...] 10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati [...]".

<sup>10</sup> Titolo II: "Dei contratti in generale"; Art. 1337 c.c. (Trattative e responsabilità precontrattuale): "Le parti, nello svolgimento e nella formazione del contratto, devono comportarsi secondo buona fede".

<sup>11</sup> Nemmeno il termine "paziente" sembra più essere adeguato ai tempi, in quanto il codice deontologico spesso aggira l'ostacolo utilizzando preferibilmente le diciture "cittadino" o "persona assistita", quasi a voler esprimere che il malato non è più la persona "paziente" di altri tempi.

<sup>12</sup> Cfr. Penati G., Farneti A., Cavallari G. Il consenso informato: aspetti concettuali e limiti applicabili in psicoterapia. In (a cura di) Realdon A., Cristoferi Realdon V. *Responsabilità e libertà in psicotologia*. Piovani ed., Abano Terme 1991:241.

<sup>13</sup> Consensus Conference. Sul tema Il consenso al trattamento in psichiatria. *Giornale Italiano di Psicotologia* 1998;2(suppl):5.

<sup>14</sup> Nannini U.G. *Il consenso al trattamento medico. Presupposti teorici e applicazioni giurisprudenziali in Francia, Germania e Italia*. Giuffrè, Milano 1989.

<sup>15</sup> Szasz T.S., Hollander M.H. A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship. *Arch Intern Med* 1956.

<sup>16</sup> Morris C.W., Foundations of the Theory of Signs. In (a cura di) Neurath O., Carnap R., Morris C.W. *International Encyclopedia of Unified Science*. Vol. VII, n. 2. University of Chicago Press, Chicago 1938.

<sup>17</sup> Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.D. *Pragmatic of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. W.W. Norton and co., Inc., New York 1967.

<sup>18</sup> Cfr. Fornari U. L'informazione come strumento comunicativo e terapeutico. In (a cura di) Fornari U. *Aspetti del consenso in psichiatria clinica e forense*. Centro Scientifico Editore, Torino 2001:13-25.

<sup>19</sup> Legge 833/78, art. 33: "[...] Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato [...]".

<sup>20</sup> Cfr. AA. VV. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano 1993:2802.

<sup>21</sup> Cfr. Fornari U. L'informazione come strumento comunicativo e terapeutico. In (a cura di) Fornari U. *Aspetti del consenso in psichiatria clinica e forense*. Centro Scientifico Editore, Torino 2001:13-25.

<sup>22</sup> Cfr. Fornari U. *Trattato di psichiatria forense*. III ed., Utet, Torino 2004:651-652.

<sup>23</sup> Penati G., Farneti A., Cavallari G. Il consenso informato: aspetti concettuali e limiti applicabili in psicoterapia. In (a cura di) Realdon A., Cristoferi Realdon V. *Responsabilità e libertà in psicotologia*. Piovani ed., Abano Terme 1991.

<sup>24</sup> Cfr. AA.VV. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano 1993:38.