

IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI PSICHIATRICI: PROBLEMI BIOETICI

**Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul
Libro Bianco del Consiglio d'Europa
dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici.**

Il Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa (CDBI), in risposta ad una Raccomandazione 1235 (1994) dell'Assemblea parlamentare europea, ha dedicato una speciale sessione di lavoro alla questione del Trattamento Sanitario Obbligatorio per i pazienti psichiatrici. Il mandato del gruppo di lavoro (CDBI-PH) è stato quello di «elaborare delle linee direttive da inserire in un nuovo strumento giuridico del Consiglio d'Europa. Tali linee direttive dovranno essere rivolte ad assicurare la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, in particolare di quelle nella condizione di pazienti involontari, compreso il loro diritto ad un trattamento appropriato». Su questa base il gruppo di lavoro ha elaborato il "Libro Bianco", un articolato e approfondito documento dedicato alla «protezione dei diritti dell'uomo e della dignità delle persone affette da disturbi mentali con particolare riguardo a quelle poste come pazienti involontari in un istituto psichiatrico». Il Libro Bianco è stato poi inviato all'esame di tutti i Comitati Etici Nazionali europei, i quali erano inoltre invitati a rispondere ad alcuni più specifici quesiti sui punti fondamentali affrontati nel documento.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, aderendo all'invito, ha prodotto un breve parere di commento. Qui di seguito verranno riportate le risposte del Comitato Nazionale per la Bioetica unitamente alle questioni poste e ad alcuni passi del Libro Bianco direttamente connesse a queste ultime¹.

1) Campo di applicazione del nuovo strumento giuridico

il libro bianco ha proposto in particolare:

«a) che sia affrontato il problema sia del ricovero che del trattamento involontario, questi ultimi possono essere esaminati tanto nel quadro del ricovero involontario che separatamente.

b) che un ricovero involontario non abbia luogo se non per ragioni terapeutiche

¹ La traduzione dei passi citati dal *Libro Bianco* non è ufficiale.

c) che il nuovo strumento giuridico sia applichi in egual misura al ricovero e al trattamento involontario decisi nel quadro del sistema giuridico penale».

Domanda: Queste proposizioni sono accettabili e appropriate?

Risposta: Il CNB le ritiene accettabili e adeguate.

2) Categorie incluse nel concetto di disturbo mentale

il libro bianco suggerisce che :

«a) il ricovero o il trattamento non deve essere applicato che per alcuni tipi di disturbo mentale, per es. per alcune persone che soffrono di psicosi, per alcuni tipi di disturbi gravi della personalità e in casi di grave handicap mentale.

b) il ricovero involontario non possa essere mai utilizzato a fini politici. A questo riguardo un riferimento è costituito dalla Raccomandazione n. R (83) 2 cit. che dispone che “le difficoltà di adattamento ai valori morali, sociali, politici o altri non debbano essere considerate esse stesse come un disturbo mentale”.

c) una formulazione alternativa all'utilizzazione del concetto di disturbo mentale è l'uso del concetto di incapacità mentale in base al quale le decisioni si fondano sulla capacità dell'individuo a comprendere la natura del trattamento, o del ricovero, di apprezzarne i benefici, e ad operare una scelta in merito e comunicarla (questa capacità viene valutata dai medici e da altri professionisti)».

Domanda: Il concetto di incapacità mentale deve essere sviluppato ulteriormente al fine di predisporre una legislazione sulla sanità mentale?

Risposta: Vi è consenso alla classificazione del disturbo mentale ai fini normativi in malattia mentale stricto sensu, handicap psichico e disturbo di personalità. Tale classificazione è coerente con il D.S.M. nel superamento della vecchia distinzione tra psicosi e nevrosi, dando pertanto per scontata l'inclusione, ad esempio, del disturbo d'ansia nella categoria “malattia mentale”. Per quanto concerne il concetto medico-legale di “incapacità mentale”, equivalente a quello di incapacità di intendere e di volere, è evidente che abbia un ruolo fondamentale in ambito legislativo sia per il consenso informato che per il T. S .O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio).

3) Criteri per il ricovero involontario in un istituto psichiatrico

Il libro bianco ritiene che sia necessario:

«distinguere tra il fondamento giuridico del ricovero involontario e quello del trattamento involontario. In altri termini, ciò significa che il ricovero involontario in quanto tale non significa che il paziente può essere in ogni caso trattato contro la sua volontà né che il trattamento involontario richiede inevitabilmente un ricovero involontario».

Domanda: E' valida e utile la distinzione tra ricovero involontario e trattamento involontario?

Risposta: Il CNB ritiene che la distinzione fra ricovero involontario e trattamento involontario è astrattamente utile, anche se appare utopistico pensare che chi è soggetto ad un collocamento involontario possa scegliere il tipo di cura.

Inoltre, nel caso di T.S.O. è estremamente difficile distinguere tra obbligatorietà del ricovero e del trattamento anche perché sovente la capacità decisionale del paziente può acquisire carattere dinamico-evolutivo, può cioè eludere la rigida staticità di un'alternativa tra capacità ed incapacità per assumere elementi di provvisorietà e di sviluppo.

il testo europeo osserva inoltre:

«è sembrato opportuno considerare il punto di vista secondo il quale anche se il paziente è ricoverato non per sua volontà, prevalere la presunzione in favore della capacità di decidere, a meno che lo stato di incapacità di decidere riguardo al proprio trattamento non faccia parte dei criteri giuridici per il ricovero.

- dovrebbero essere presenti un certo numero di criteri prima che il ricovero o il trattamento involontario abbiano luogo:

a) l'esistenza di un disturbo mentale deve essere accertata sulla base di una valutazione specificamente diretta a determinare la presenza di un disturbo mentale;

Domanda: Le ragioni della detenzione al fine di valutazione dovrebbero essere definiti in casi di assenza di segni manifesti di disturbo mentale? Se sì, in che modo?

Risposta: I motivi del ricovero debbono essere specificati in modo scientifico.

Il ricovero deve certamente venir attuato con la massima circospezione evitando ogni abuso, ma talvolta si manifesta necessario ai fini di una diagnosi rigorosa per assenza di sintomatologia vistosa.

Continua il libro bianco:

«b) tale disturbo mentale deve costituire:

- un grave pericolo per la persona stessa (compreso il pericolo per la sua salute) e/o
- un grave pericolo per gli altri (fermo restando che il ricovero dovrebbe essere di beneficio per la persona stessa)».

Domanda: Le proposizioni per la determinazione e la definizione di tali requisiti di pericolosità dovrebbero essere incluse nella legge? Il concetto di rischio è preferibile a quello di pericolo? Il concetto di beneficio per la persona dovrebbe essere definito meglio?

Risposta: Il concetto di rischio è certamente più ampio di quello di pericolo; tuttavia il concetto di pericolosità (per se stessi e per gli altri) non ha valide alternative a patto che al termine non si ammetta significato di stigma sociale o che non venga dilatato a tutte le categorie della nosografia psichiatrica. In realtà pericolosi a se stessi e agli altri (con comportamenti auto ed etero aggressivi) sono solamente alcuni pazienti affetti, ad esempio, da disturbo depressivo maggiore, schizofrenia paranoide, disturbo paranoide di personalità, disturbo borderline di personalità, disturbo antisociale di personalità, ecc., pazienti che costituiscono una minoranza rispetto alla totalità dei malati mentali. In ogni caso, va tenuta presente la necessità di un equilibrio tra principio di beneficiabilità e principio di autonomia nel rispetto del criterio di un garantismo critico.

Domanda: Data l'importanza di questa legislazione, la legge dovrebbe specificare le alternative che dovrebbero essere sempre essere disponibili? Se si quali?

Risposta: La legge dovrebbe prevedere la possibilità di usufruire di alternative terapeutiche, ove giudicate idonee alla situazione clinica del soggetto (ad es. cure in day-hospital, cure domiciliari, etc.).

Domanda: La privazione della libertà in regime penitenziario dovrebbe essere fondata su criteri differenti o più numerosi dei criteri descritti finora?

Risposta: Anche in regime penitenziario, qualora venga accertata diagnosticamente una condizione patologica, deve comunque prevalere la finalità terapeutica. Non sembrano pertanto eticamente giustificabili norme diverse da quelle per il malato mentale in generale, tenendo sempre presente, in ogni caso, la "pericolosità" e adeguate misure per contenerle.

4) Procedure per la decisione di ricovero involontario e trattamento involontario

Il gruppo di lavoro del CDBI ritiene necessario che:

«il paziente sia esaminato da uno psichiatra o da un medico che abbiano l'esperienza e la competenza richiesta, in particolare per quanto concerne:

- la valutazione del rischio, in vista del ricovero involontario o del suo prolungamento o del trattamento involontario o del suo prolungamento
- che la decisione del ricovero o del trattamento involontario sia presa da un'autorità competente indipendente, che fondi la sua decisione su norme valide e affidabili basate sull'esperienza medica».

Domanda: Quali dovrebbero essere le caratteristiche dell'"organismo competente indipendente?" Quale organismo dovrebbe ragionevolmente ricoprire tale ruolo e quale no?

Risposta: L'Organismo indipendente competente dovrebbe essere costituito da una Autorità giudiziaria assistita dal parere obbligatorio (non vincolante) di uno psichiatra competente. Il parere dei membri della famiglia o di altre persone a lui vicine dovrebbe essere acquisito, ma l'Organismo indipendente dovrebbe accertare che tale parere corrisponda ad adeguata capacità cognitiva, equilibrata tolleranza emotiva e garanzie di natura etica. In ogni caso tale parere non può essere vincolante.

5) Procedure per il ricovero e il trattamento involontario in casi urgenti

Il gruppo di lavoro del CDBI osserva che:

«non sembra né ragionevole né opportuno, specialmente in ragione del danno immediato corso e/o dalla persona in questione o altri, attendere sempre la decisione del ricovero o del trattamento dell'autorità indipendente competente. Anche il gruppo di lavoro del CDBI ritiene ragionevole e opportuno che, in situazioni di urgenza, il ricovero e il trattamento involontario possano avere luogo senza che la decisione sia presa da parte dell'istanza competente indipendente, ma sulla base di una valutazione medica valida e affidabile nel quadro di un esame del paziente realizzato in vista del suo ricovero e del suo trattamento. Il gruppo di lavoro ha nondimeno sottolineato che le procedure di urgenza non dovrebbero essere utilizzate allo scopo di evitare l'applicazione delle procedure normali».

Domanda: Quali sono le altre garanzie necessarie concernenti le situazioni di urgenza?

Risposta: In caso di urgenza è eticamente lecito procedere al ricovero e al trattamento su decisione di più medici senza attendere che si pronunci l'autorità competente, alla quale spetta comunque il compito della convalida.

6) Trattamenti particolari

Il libro bianco osserva che:

«l'efficacia della psicochirurgia non è stata ancora stabilita da ricerche appropriate e controllate. Di conseguenza, fino a quando gli stati continuano ad approvarne l'uso è necessario che il consenso del paziente in merito debba essere come minimo assoluto. Inoltre la decisione di ricorrere alla psicochirurgia dovrà in tutti i casi essere confermata da un Comitato che non sia costituito solo da esperti in psichiatria. Il gruppo di lavoro ha considerato che gli stati membri dovranno stabilire all'interno della loro legislazione nazionale dei protocolli speciali per la somministrazione della psicochirurgia».

Domanda: Quali sono le garanzie supplementari necessarie per la somministrazione della psicochirurgia?

Risposta: Per quanto concerne l'uso psichiatrico della neurochirurgia, il parametro rischi-benefici è tale da sconsigliarne severamente l'applicazione dal momento che essa comporta a fronte della remissione della sintomatologia di agitazione gravi alterazioni della personalità a forte coloritura apatico-demenziale sino ad una vera e propria destrutturazione delle capacità cognitive e del tono dell'umore.

7) Trattamento involontario nel quadro della giustizia penale

Il gruppo di lavoro del CDBI sottolinea che:

«i lavori hanno diretto l'attenzione in particolare sui posti di polizia, i tribunali e le prigioni. Il gruppo di lavoro ha considerato in particolare che quando la polizia deve confrontarsi con persone il cui comportamento lascia pensare che possano essere affette da disturbi mentali gravi, la polizia dovrebbe poter ottenere un esame medico per tali persone. Le disposizioni relative ai tribunali e alle prigioni saranno esaminate più oltre dal gruppo di lavoro».

Domanda: Vi sono delle questioni particolari che il gruppo di lavoro dovrebbe prendere in considerazione trattandosi del modo in cui i tribunali e le prigioni trattano dei disturbi mentali?

Risposta: Deve venire garantita la tutela della dignità personale dell'imputato con disturbo mentale, privilegiando sempre l'aspetto terapeutico su quello custodialistico-penale; tuttavia va anche attentamente valutato il problema della tutela della collettività al termine del trattamento involontario.

8) Diritti dell'uomo nelle persone affette da disturbi mentali, in particolare in quelle sottoposte a ricovero non volontario

Il gruppo di lavoro del CDBI ha ritenuto che:

«tutte le persone affette da disturbi mentali dovrebbero mantenere quei diritti civili e politici per cui sono in grado di prendere le loro decisioni; inoltre gli esperti hanno ritenuto che quando il paziente non ha la capacità di prendere delle decisioni, dovrebbero essere prese decisioni appropriate in modo che i suoi interessi siano garantiti dal principio dell'interesse superiore. Inoltre, tutte le persone affette da disturbi mentali dovrebbero avere, per quanto possibile, il diritto di vivere e lavorare all'interno della

società, e la possibilità di effettuare validamente gli atti giuridici della vita quotidiana».

Domanda: Ci sono questioni che dovrebbero essere prese in considerazione trattandosi di diritti civili e politici di persone affette da disturbi mentali?

Risposta: Nell'ambito di un criterio di continuità tra clinica e riabilitazione deve assumere un ruolo significativo l'obiettivo della restituzione delle competenze personali e sociali al malato mentale, promuovendo nel malato stesso – a partire sovente da un iniziale surroga dell'autonomia da parte del medico – una progressiva crescita e/o maturazione della sua capacità di riconoscere ed esercitare i diritti civili e politici.

Il gruppo di lavoro del CDBI ha esaminato la questione della contenzione fisica. Ha ritenuto che:

«il ricorso a dei mezzi di breve contenzione fisica appropriati dovrebbe essere proporzionato allo stato di agitazione del paziente e al rischio e che il personale dovrebbe poter avere una formazione particolarmente approfondita in merito. E' stato in questo contesto sottolineato che la risposta al comportamento violento di un paziente dovrebbe essere graduale, cioè il personale dovrebbe in un primo tempo tentare di rispondere verbalmente, poi, nei casi più eclatanti e per quanto possibile, attraverso la contenzione manuale e solo infine attraverso dei mezzi di contenzione meccanica.

Si è allora considerato che il ricorso all'isolamento e ai mezzi di contenzione meccanica o altre forme di coercizione per periodi lunghi non dovrebbero aver luogo che in casi eccezionali e se non esiste alcun altro modo per porre rimedio alla situazione. Inoltre, il ricorso a tutte queste misure dovrà essere fatto dietro ordine espresso di un medico o essere immediatamente comunicato a coloro i quali devono approvarlo. Le ragioni e la durata di tali misure dovrebbero essere oggetto di una menzione in un registro appropriato e nel dossier personale del paziente».

Domanda: Quali garanzie dovrebbero essere fornite riguardo alla contenzione dei pazienti?

Risposta: La contenzione e l'isolamento devono essere drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in

stato di urgenza e devono altresì venir limitati nel tempo. Vi è qui una convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico; recenti studi nosodromici sulla patologia da istituzionalizzazione hanno evidenziato che ricoveri protratti cronologicamente negli O.P. favoriscono la cronicizzazione.

Il gruppo di lavoro ha esaminato la questione dell'intervento irreversibile sulla capacità di procreazione degli individui e ha considerato che:

«se tale questione deve essere menzionata all'interno dei nuovi strumenti giuridici in preparazione, sarebbe opportuno che la Raccomandazione disponesse che salvo circostanze eccezionali, nessun intervento irreversibile debba essere apportato alla capacità di procreare degli individui senza il loro consenso. Inoltre questi tipi di intervento dovrebbero in ogni caso aver luogo nell'interesse superiore della persona; in altri termini lo scopo clinico di un tale atto dovrebbe essere sempre la protezione della persona. Sarebbe opportuno certamente precisare che il semplice fatto che una persona sia affetta da disturbo mentale non costituisce una ragione sufficiente per intervenire in modo irreversibile sulla sua capacità di procreare».

Domanda: Ci sono circostanze eccezionali che permettono un intervento irreversibile sulla capacità di procreare delle persone affette da un disturbo mentale? Se sì quali sono?

Tali circostanze eccezionali dovrebbero essere specificate? Quali sono le garanzie che tali interventi non avvengano se non in casi eccezionali?

Risposta: Per quanto concerne la procreazione va tenuto presente che per le malattie mentali la ricerca genetica è tuttora in fase di approfondimento. Vi sono tuttavia in letteratura sia per la schizofrenia che per la depressione indicazioni di familiarità che inducono ad un'estrema cautela. In ogni caso l'intervento sulla capacità di procreare è lecito nei termini di reversibilità con spontaneità.

Il gruppo di lavoro del CDBI osserva che:

«in alcuni casi, nel quadro delle disposizioni pertinenti al regolamento interno all'istituto psichiatrico, potrebbero essere necessarie limitazioni al diritto alla comunicazione nella misura in cui l'esercizio di tale diritto potrebbe comportare dei rischi sia per la salute sia per le prospettive future del paziente o per i diritti e libertà altrui».

Domanda: Quali sono le circostanze che giustificano la limitazione del diritto di comunicare? Quali garanzie dovrebbero esistere per proteggere tale diritto?

Risposta: Per quanto attiene il diritto alla comunicazione si osserva che solo eccezionalmente e con rigorose motivazioni può venir regolamentato, in senso restrittivo, tenuto conto dell'importanza che la comunicazione stessa e i suoi disturbi assumono nella schizofrenia. Restrizioni generalizzate possono pertanto avere carattere patogeno.

Infine il CNB sottolinea che – nel “Libro Bianco” – manca ogni accenno relativo al sostegno ed all'aiuto da dare alle famiglie dei pazienti psichiatrici. Come dimostra l'esperienza di molti anni in Italia, il trattamento “volontario” è efficace solo se c'è un forte sostegno della comunità nell'ambiente di vita del soggetto ed alla sua famiglia.

9) Discriminazioni verso le persone che soffrono di disturbi mentali

Il libro bianco osserva che:

«gli esperti hanno ritenuto che gli stati membri dovrebbero prendere delle misure al fine di eliminare tutte le discriminazioni fondate sui disturbi mentali. Esempi di discriminazione sono l'uso abusante e stigmatizzante di termini quali schizofrenia da parte dei media, le pratiche discriminatorie in materia di impiego e nel campo delle assicurazioni, la minore allocazione di risorse sia finanziarie sia umane per gli istituti psichiatrici, ecc.».

Domanda: Quali concrete misure dovrebbero essere prese da parte degli stati membri al fine di ridurre la discriminazione?

Risposta: Al fine di eliminare lo stigma sociale e di contrastare la discriminazione sarebbe utile promuovere un programma di informazione ed educazione sanitarie sulla malattia mentale nella scuola e nelle altre agenzie formativo-educative, senza attese eccessivamente ottimistiche di soluzioni radicali in tempi brevi.