



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E  
SPERIMENTALE

## I TRATTAMENTI SENZA CONSENSO NELL'ADOLESCENZA

Prof. Simone Vender  
Ordinario di Psichiatria

Pavia 19 settembre 2016



## Professionisti clinici e legali

R. Miller (1991) definisce le differenze più significative in questo modo:

- L'ottica legale sull'interesse per la libertà (definita in termini di libertà da costrizioni esterne) in opposizione alla focalizzazione clinica sulla necessità del trattamento e sulle costrizioni interne imposte dal disturbo mentale stesso;



## Professionisti clinici e legali

- L'enfasi legale posta sui diritti procedurali in opposizione all'enfasi clinica posta sul risultato;
- Il modello di rappresentazione della giustizia criminale che richiede la concentrazione sui diritti dei singoli senza riferimento alcuno ai diritti di quelli che potrebbero essere colpiti dal comportamento dell'individuo, opposto all'interesse dei clinici .... verso il diritto degli altri pazienti e del personale in una data struttura.



## Professionisti clinici e legali

Spesso la dimensione paternalistica può essere presente nella relazione con il paziente psichiatrico (giustificata dal dovere di proteggerlo dall'incapacità di provvedere a sé stessi), ma non si può avere una comprensione realistica del tema (il consenso informato) se non si passa dalla narrazione della storia e dalla riduzione dei pregiudizi.

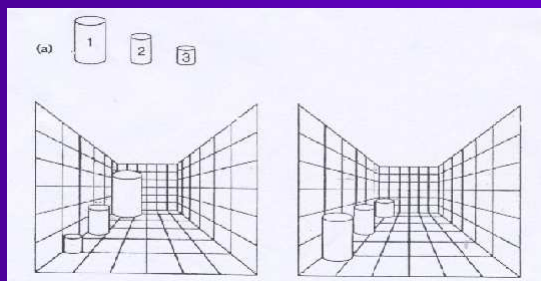


## Professionisti clinici e legali La decodificazione della realtà

A, B, C, D, E, F  
IO, II, I2, I3, I4



## Professionisti clinici e legali La decodificazione della realtà





## STORIA

La dottrina del "consenso informato" ha iniziato ad imporsi dopo la II Guerra Mondiale, specialmente con la Dichiarazione di Ginevra del 1948 (J. Birkhoff, 1997), con la maggiore consapevolezza da parte del paziente dei propri diritti, specialmente di quello alla salute: né è conseguito che il rapporto tra medico e paziente è diventato sempre più di tipo contrattuale.



## STORIA

Ma come era la psichiatria allora? Negli anni '50?

Allora la psichiatria era fondata sui manicomi e sulla definizione del malato mentale come "pericoloso a sé ed agli altri e di pubblico scandalo" (legge del 1904).

Le terapie erano quello da shock o la psicotomia. Solo nel 1952, le terapie psicofarmacologiche iniziano i primi passi.



## STORIA

I principi del consenso informato, in psichiatria e nelle altre discipline sanitarie, non si muovono in uno spazio astratto, ma in un contesto storico ed ambientale ben preciso di cui non si può non tener conto. Nella loro applicazione pratica e nella loro realizzazione quotidiana, fanno conto con l'organizzazione, l'attenzione dell'Azienda sanitaria, lo stile delle relazioni e il contesto culturale (caso clinica privata).



## STORIA

Tornando alle terapie psicofarmacologiche, ben lungi dal ridurre la durata dei ricoveri (come atteso), portarono in pochi anni ad un aumento enorme dei ricoverati negli ospedali psichiatrici (evidentemente altri fattori erano in gioco), finché furono prese delle iniziative da parte dei **neuropsichiatri** per una riorganizzazione complessiva delle istituzioni (1965).



## STORIA

L'ampiamente nota rivoluzione psichiatrica con l'approvazione dell'ancora più nota legge 180 del 1978 detta Basaglia (come venne definita giornalmisticamente, ma dallo stesso in parte sconfessata) può essere considerata soprattutto come una rivoluzione etica, mettendosi una buona parte degli operatori "dalla parte" dei pazienti per ridare loro i diritti di cittadinanza di cui erano stati privati.



## STORIA

Ma questa sorta di dono/restituzione andava e va sempre nello stesso senso del "volere" e delle "intenzioni" del paziente psichiatrico? Ovviamente parlo qui dei pazienti più gravi o dei pazienti psicotici (*disturbo mentale che interrompe il rapporto con la realtà, creando una frattura nella continuità esistenziale, compromettendo il giudizio di realtà*) per i quali si pongono quelle domande o per i soggetti inabilitati o interdetti, che nella maggior parte dei casi hanno tale diagnosi.



## La domanda dei pazienti psichiatrici gravi

Se, come vedremo, si agisce talora contro il consenso del paziente, il problema posto è quello dell'accordo sulla cura, mentre il disaccordo più frequente sorge, paradossalmente, allorché si prospetta da parte del curante la fine del trattamento (ricovero o terapia ambulatoriale, farmacologica o psicologica). La domanda è spesso quella dell'interminabilità della cura.



## La domanda dei pazienti psichiatrici gravi

Se questo è, di fatto, il problema più importante (ma riguarda non solo la psichiatria, ma anche le altre discipline), da parte dei sanitari non se ne parla e si fanno intervenire allora regole amministrative, scelte organizzative, insomma scelte politiche. Il consenso alla cura si trasforma in adesività con tutti i contrasti relazionali che possono sorgere.



## NEOTENIA

***Neotenia: concetto biologico che indica l'esistenza in una fase di sviluppo avanzato di aspetti primitivi, con bisogni arcaici ed immaturi sempre presenti, quali bisogno di attaccamento, dipendenza come necessità, che può avere caratteristiche normali o patologiche.***



## NEOTENIA

**L'uomo nasce molto più immaturo rispetto alle altre specie, in una condizione di prematuranza e debolezza (*Hilfflosigkeit*).**

**L'immatunità è visibile dai movimenti spastici e afinalistici, nonché dalla presenza di riflessi che poi scompaiono, per ricomparire in seguito a danni cerebrali oppure con la vecchiaia. L'immatunità somatica comporta un'immatunità comportamentale ed un maggior bisogno di accudimento per poter sopravvivere.**





## NEOTENIA

Situazione clinica classica è quella descritta, molti anni fa, che passa inosservata, come vertigine alla dimissione.

Scena nel film tratto dai romanzi di Primo Levi (attore John Turturro) *Se questo è un uomo* e *La tregua*.



## A.S.O. e T.S.O.

A.S.O. e T.S.O.: accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale sono interventi fondamentalmente sanitari e tali dovrebbero rimanere. Come dice U. Fornari "la prima cintura intorno al malato di mente le cui condizioni psichiche devono essere accertate e curate è costituita dalla cintura sanitaria (infermieri e medici): non da quella di pubblica sicurezza".



## A.S.O. e T.S.O.

Nel 2009, la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, ha redatto delle linee di indirizzo intitolate:  
"Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale".



## A.S.O. e T.S.O.

"Ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano"  
(Premessa).



## A.S.O. e T.S.O.

“Le procedure ..... vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino, viene giudicato prevalente su quest’ultimo”  
(1. Garanzie amministrative e giurisdizionali).



## A.S.O. e T.S.O.

“Prima di attivare un intervento obbligatorio .... È necessario che il servizio territoriale compia tentativi mirati a coinvolgere il paziente ....; infatti la legge prescrive *iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato*” (1. Garanzie amministrative e giurisdizionali).



## NO A.S.O. e T.S.O.

“Esistono poi interventi che non necessitano dell’attivazione di un TSO: l’esempio tipico è costituito dai disturbi di coscienza, o dalle gravi forme di deterioramento mentale su base organica, in cui il paziente non è in grado di esprimere né consenso né dissenso”.



## NO A.S.O. e T.S.O.

“Va ricordato che tra le motivazioni del TSO non sono previste né l’incapacità di intendere e di volere, né lo stato di pericolosità”.

“Il rifiuto del trattamento di una malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica, che però deve essere diagnosticata clinicamente e non solo presunta .... Il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche”.



## NO A.S.O. e T.S.O.

“Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l’assenso del paziente, salvo quel che è previsto per l’urgenza e lo stato di pericolo immediato di vita. Il punto centrale della norma che regola il TSO non è il rifiuto dell’intervento medico ma il bisogno di intervento per disturbo psichico”.



## NO A.S.O. e T.S.O.

“Non si può negare che esistano rifiuti delle cure fisiche che sono irrazionali in persone non in grado di valutare l’incidenza della malattia non curata sul proprio destino e non capaci di ricevere e comprendere le informazioni sul proprio stato di salute necessarie per prendere una decisione consapevole. In questi casi la legge prevede le procedure che portano alla valutazione della capacità di intendere e di volere e le modalità degli interventi legali”.



## IL PROBLEMA DEL CONSENSO.

L'informazione al paziente deve essere fatta con le dovute garanzie di metodo e di rispetto della sua capacità di tollerare la "verità", ben sapendo che la diagnosi in psichiatria è talora aleatoria. Spesso poi l'assenso è il primo passo di un accertamento o trattamento che si può poi trasformare in consenso.



## IL PROBLEMA DEL CONSENSO

Si può essere d'accordo con U. Fornari che il "consenso perfetto è un mito irraggiungibile", anche perché nella maggior parte dei servizi psichiatrici la consapevolezza di malattia non è verbalmente esplicitata, ma detta con il comportamento ("sono qui, anche se io non sono matto/malato").



## IL PROBLEMA DEL CONSENSO

Tutto ciò ovviamente non autorizza l'assunzione di atteggiamenti paternalistici o vicarianti, come talora succede anche da parte dei familiari, rispetto alle scelte del paziente. In qualche modo la responsabilizzazione del paziente va sempre ricercata, anche se l'assunzione di responsabilità, a sua volta, da parte del terapeuta non può essere elusa.



## IL PROBLEMA DEL CONSENSO.

Un altro problema riguarda la trasformazione da TSO in TSV. In questo caso la scelta per lo più avviene sulla base del comportamento del paziente, non più totalmente ostile alle cure piuttosto che su una aperta dichiarazione di consenso (possiamo concedere un minimo di dignità al paziente?)



## CONSIDERAZIONI

Proprio per le distorsioni dell'esame di realtà, quindi anche della decodificazione della comunicazione, per la diffidenza ed il sospetto, l'allarme per i farmaci, l'assenso/consenso è un obiettivo da raggiungere più che una premessa, frutto di una contrattazione talora lunga, sempre da verificare.



## CONSIDERAZIONI GENERALI

Ne deriva che le scelte terapeutiche devono essere fatte rispettando, il più possibile, la neutralità ed i diritti fondamentali della persona: mantenimento della distanza emotiva, astensione da tecniche manipolatorie e da pratiche intrusive, accurato evitamento di ogni passaggio all'atto.





## ADOLESCENZA

Nell'adolescenza, che è un periodo di inevitabile turbolenza affettiva, emotiva e comportamentale, si può dire che sono validi gli stessi principi esposti prima per gli adulti, ma si aggiungono ovviamente altre cautele e procedure nei trattamenti senza consenso.



## ADOLESCENZA

Nell'adolescenza, in modo metaforico, è come se avvenisse che del "vino nuovo, in fase di fermentazione, venisse immesso in botti vecchie" (Winnicott).

Proprio per la fisiologica trasformazione, ogni condotta patologica può essere considerata fisiologica.



## ADOLESCENZA: CAUTELE E PRECAUZIONI

E' necessario quindi utilizzare un'estrema cautela nel connotare in modo patologico o espressione di una malattia conclamata sintomi o comportamenti che possono essere, invece, estemporanei. E' semmai la loro continuità a mettere sull'avviso di una possibile presenza di una psicopatologia da curare.



## ADOLESCENZA : CAUTELE E PRECAUZIONI

Ne derivano, sia per l'età ancora minorenni sia per l'inevitabile conflittualità con gli adulti, una serie di precauzioni nella valutazione psicologica, spesso vissuta come un'offesa da parte del giovane, e la necessità di una specifica capacità a trattare con gli adolescenti.



## IL CONSENSO ALLE CURE NEL RAPPORTO TRA GENITORI E MINORE

Nei minorenni **la capacità di esprimere consenso valido è considerata imperfetta e incompleta**, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a ritenere "volontario" il ricovero del minore.



## IL CONSENSO ALLE CURE NEL RAPPORTO TRA GENITORI E MINORE

Tuttavia anche all'infradiciottenne deve essere accordata la capacità di intendere e di volere: pertanto è considerato opportuno - nelle "Raccomandazioni citate" - parlare di **"assenso/dissenso" del minore "maturo" alle cure e non di consenso.**



## ASSENSO/DISSENSO DEL MINORE

“Nel caso di contrasto tutore/genitore e minore maturo relativamente agli atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, sempre più si considera che il parere dei genitori non possa semplicemente prevalere sul parere del minore, ma che sia opportuno un intervento del Giudice Tutelare, in quanto garante del suo diritto di autodeterminazione”.



## ASENSO/DISSENSO DEL MINORE

“Anche se la terminologia non è riconosciuta sul piano giuridico, è dovere del sanitario accertare nelle forme e nei modi consoni, l’assenso/dissenso del minore e, quando sia **idoneo all’assunzione di responsabilità**, tentare di **tenere conto** della sua volontà”.



## LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVO

Sono descritte 5 possibili situazioni che si possono creare, per quanto riguarda i trattamenti in NPI, per avviare gli accertamenti e i trattamenti sanitari per malattia mentale:

a)	<b>Minore "maturo"</b>	<b>Genitori</b>	<b>Procedura</b>
	Assenso	Consenso	Si procede




## LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVO

	<b>Minore "maturo"</b>	<b>Genitori</b>	<b>Procedura</b>
b)	Assenso	Rifiuto di uno o entrambi i genitori	Segnalazione a Procura TM
c)	Rifiuto	Rifiuto di uno o entrambi i genitori	Segnalazione a Procura TM o ASO/TSO



## LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVO

	Minore "maturo"	Genitori	Procedura
d)	Rifiuto	Consenso e ambiente adeguato	ASO/TSO
e)	Rifiuto	Consenso e ambiente inadeguato per la salute del minore	Segnalazione a Procura TM



## CONCLUSIONI

Vi sono evidenti nodi critici che richiedono *la formazione di un consensus specifico*, che consenta l'omogeneità degli interventi a tutela del diritto alle cure nel rispetto del "consenso" declinato all'interno del rapporto tra genitori, minore e curanti.