

IL PARERE DELL'ESPERTO/Il consenso informato nell'ambito dell'attività psicoterapica e peritale

Prof. Ugo Sabatello

A) Il consenso informato è un presupposto per la legittimità dell'atto del medico, nel diverso ambito delle cure psicoterapiche come viene posto e com'è costituito ?

E' tradizione collocare l'origine del moderno concetto di malattia e la nascita del modello biomedico nell'atmosfera culturale del XVII secolo. Cartesio (1596-1650) ne fu il teoreta con la formulazione del dualismo, della separazione fra mente e corpo. Il corpo, venne espropriato dell'"anima", del pensiero e dello "spirito", ridotto a qualcosa di meccanico, aggiustabile, "disumanizzato", un manichino animato, come i pupazzi meccanici della Praga di Rodolfo II d'Asburgo (1552-1612), rendendo per la prima volta possibile il paragone tra l'uomo e la macchina.

I primi esempi clinici di una medicina "centrata sulla malattia" sono identificati negli scritti di Thomas Sydenham, medico inglese del '600, il quale affermava: *".....la natura produce delle malattie agendo con uniformità e costanza al punto che, per la stessa malattia in persone diverse, i sintomi sono per lo più gli stessi, e che si possono osservare fenomeni identici nel male di un Socrate o di uno sciocco"*.

Attraverso questi ed altri passaggi, si giunse a costruire le fondamenta della medicina odierna e di quel modello "*disease centered*" che, almeno implicitamente, la caratterizza. Si tratta di un modello che identifica come oggetto del suo interesse la malattia, piuttosto che il paziente nella sua totalità. I protagonisti della consultazione medica sono dunque due: la malattia e l'esperto della *malattia*. Il paziente è presente solo come figura ausiliaria, come portatore di patologia, depositario di informazioni e ricettore passivo delle decisioni che il medico reputa necessarie. Persino nella fase di ascolto, fondamentale per l'anamnesi, il medico accoglie-recepisce e considera come importanti solo quegli elementi che si connettono all'ipotesi di un

danno/problema biologico, scotomizzando tutto il resto. Non a caso Voltaire (1694-1776) in un suo aforisma sentenza: *“I medici somministrano farmaci che conoscono poco, per trattare malattie che conoscono ancora meno, a pazienti di cui non sanno nulla”*

Questa è la situazione ancora attuale mentre, in psicoterapia, l'approccio è diametralmente opposto, lo statuto è diverso. Al centro c'è il paziente con la propria soggettività del quale, anche la sofferenza, è una forma di espressione non un'eclissi della persona. L'altro focus della psicoterapia è la relazione tra paziente e terapeuta che, di per se stessa, è oggetto di indagine nell'ambito del lavoro comune¹. Il Consenso Informato (CI) mi sembra quindi, in ambito psicoterapeutico, un atto ridondante e un poco paranoico teso a tutelarsi, reciprocamente, dei pericoli che un vero rapporto terapeutico implica. Pericoli che hanno a che fare con il timore di un libero pensiero critico rivolto a se stessi e alla fatica ed al dolore mentale che ogni cambiamento e ogni scelta implicano. Il paziente ha scelto quel terapeuta, liberamente, e il terapeuta, per codice deontologico (e umano) si impegna a svolgere il proprio operato secondo scienza e coscienza e secondo una prassi accettata e condivisa almeno da una parte della Comunità Scientifica che, in questa sede, è garante sovranazionale dell'etica e delle “buone pratiche”. Mi si potrebbe obiettare che, soprattutto in tema di psicoterapia, le opinioni e gli orientamenti sono spesso in disaccordo, ma il confronto e la contestazione sono i motori attraverso cui la scienza procede e sono ad essa inerenti.

D'altro canto avrei molta difficoltà a spiegare al mio paziente come si svilupperà ed a quali risultati porterà la sua psicoterapia. Dipende da molti fattori, alcuni poco prevedibili, altri indipendenti dalla volontà di entrambi oltre che dalla reciproca libertà². Sicuramente, dietro le mie spalle, sono appesi gli attestati dei miei titoli professionali e questo non per una forma di esibizione, ma perché è un diritto del paziente sapere a chi si sta affidando e che qualifiche abbia il suo terapeuta. Ugualmente, sono vincolato alla tutela della privacy ed al segreto professionale. Posso, o addirittura, devo, con lui discutere dei nostri obiettivi, ma anche questi possono cambiare nel tempo e ha poco senso “congelarli” in un contratto che rende rigido anche il rapporto. L'introduzione di una forma scritta di contratto immette come “terzo” nel rapporto ciò che pure

¹ Mi ritengo competente ad esprimere la mia opinione rispetto al tipo di psicoterapia che conosco ed applico, ovvero la psicoterapia ad orientamento dinamico e la psicoanalisi. Colleghi con la mia stessa formazione o di diverso orientamento teorico potrebbero non concordare con me, ma è proprio del dibattito scientifico un confronto sulle diverse posizioni tecniche, teoriche ed etiche.

² Faccio riferimento ad un lavoro di Gabbard sul diritto del paziente a “tenersi” il suo sintomo, presentato alla Neuropsichiatria Infantile di Roma qualche anno fa ed alla reciproca libertà di paziente e terapeuta di interagire nell'ambito dei vincoli e dei ruoli già stabiliti dalla deontologia professionale.

dovrebbe esserci, ma come presenza a priori (l'esistenza di una società retta da leggi e da reciproci diritti e doveri) e non come reciproca diffidenza. Certamente anche una psicoterapia è una forma di contratto, per la quale si richiede ad un professionista la sua prestazione tecnica e professionale (e nulla altro! Ovvero, nessuna altra forma di rapporto di diversa natura), ma dovrebbe essere una libera scelta già governata, da parte del curante, dalle buone prassi e dal codice deontologico, tutto il resto non può che risultare ultroneo, superfluo e, quindi, soprattutto nell'essenzialità della psicoterapia, fondamentalmente dannoso.

B) Nell'effettuazione di un intervento di indagine e o di valutazione, su incarico del giudice, si può parlare di "consenso informato" ?

Ritengo di sì, proprio perché non si tratta di un rapporto di tipo terapeutico, ma strutturalmente e concettualmente diverso. Seppure sia presumibile che una persona, inviata dagli organi giudiziari ad uno "psi" per una valutazione e assistita da un legale, sia consapevole della finalità di questa, penso sia compito dello specialista fornire la propria qualifica professionale, le finalità del suo intervento ed ottenere un consapevole consenso. Mi è anche capitato che alcune persone, una volta chiarita la modalità e le finalità della consulenza psichiatrica/psicologica, abbiano ad essa rinunciato.

Il tema del Consenso informato chiarisce perché un professionista dovrebbe pertanto poter essere definito tale non soltanto sulla base di ciò che sa (la sua *scienza*), ma anche con riferimento a ciò che uniforma il suo agire (la sua *coscienza*). Nella prassi peritale, paradossalmente per alcuni aspetti meno codificata della prassi terapeutica (non esiste un solo modo di svolgere una Perizia e non sempre esiste una "Scienza" dirimente), possiamo riconoscere una serie di peculiarità che la differenziano dal compito (psico)terapeutico.

In primo luogo, nella perizia o consulenza, la relazione medico-paziente non è determinata da una scelta, da un bisogno del paziente, ma da un'agenzia terza con diverse finalità, la magistratura.

Da parte di colui che è sottoposto all'accertamento peritale non bisogna poi dimenticare di considerare i pericoli connessi alla percezione (distorta) che egli potrebbe avere del ruolo dell'esperto; il solo fatto di essere di fronte ad un clinico potrebbe, ad esempio, indurre il periziando a credere di poter beneficiare di quelle prerogative che piuttosto attengono alla

relazione terapeuta-paziente.

Le Linee Guida per lo Psichiatra Forense³ intervengono nel merito suggerendo che:

“Before beginning a forensic evaluation, the psychiatrist should inform the evaluatee, that although he is a psychiatrist, he is not the evaluatee’s doctor”⁴.

Soltanto attraverso un attento lavoro di chiarificazione, con se stesso e le parti in causa, in merito al proprio ruolo, ed alla natura del proprio intervento, all'interno del sistema della giustizia, sarà possibile per l'esperto contrastare l'emergere di dinamiche manipolatorie o di infondate attese di aiuto da parte del periziando. D'altro canto, l'aspetto di non volontarietà con cui l'utente è sottoposto all'intervento peritale, in alcuni casi, potrebbe suscitare, nello stesso, un vissuto di angoscia, al quale potrebbe reagire attribuendo alla figura dell'esperto significati minacciosi (De Leo et al., 2002 op. cit.). Per tali motivi un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta alla gestione dello spazio-ascolto nei confronti del periziando (De Leo et al., 2002 op. cit.) ed alla definizione del setting dell'incontro, innanzitutto dentro di sé; l'intensità emozionale del contatto con questa complessa situazione potrebbe, infatti, indurre l'esperto ad una presa in carico, o ad agiti, a seguito dei quali verrebbe meno il ruolo specifico che egli è chiamato ad assolvere.

Essendo, quindi, lo scopo dell'accertamento peritale diverso da quello di altre forme di osservazione e di studio, tipiche delle scienze del comportamento o delle professioni della salute mentale, la diagnosi che ne risulta non deve essere indirizzata al trattamento, quanto piuttosto volta a fornire una risposta (che ha spesso il valore di ipotesi) alla richiesta sociale espressa dal magistrato. E' pur vero che, nonostante le considerazioni immediate sul trattamento non costituiscano il punto focale della valutazione forense, l'esperto, qualora riscontri la necessità per il soggetto valutato di un intervento a carattere psicologico è tenuto, comunque, ad annotare argomentazioni cliniche connesse con il caso (soprattutto nel campo della psichiatria e della psicopatologia dell'età evolutiva, le stesse assumono un valore ed un significato cruciali).

Il riconoscimento, all'interno dello spazio dell'accertamento peritale, dell'esigenza di agire anche in vista di un trattamento dovrà però, necessariamente, andare a costituire l'obiettivo di un lavoro da svolgersi in altre sedi, ed ad opera di altri professionisti.

³ AAPL: *American Academy of the Psychiatry and the Law Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry*, 1993.

⁴ Prima di iniziare la valutazione peritale, lo psichiatra dovrebbe informare il periziando che, nonostante sia uno psichiatra, egli non assume, in quella sede, le vesti del suo medico di cura.

La distinzione tra un compito peritale o terapeutico è alla base di modalità diverse di conduzione della CTU.

Per alcuni professionisti, l'appartenere ad una "helping profession" condiziona l'approccio, mettendo al secondo posto il compito valutativo ed in primo piano la ricerca di una mediazione rivolta, ad esempio, al "superiore interesse del minore". In effetti, il posto centrale, nelle valutazioni per l'affidamento, dovrebbe essere riservato ai figli, quali soggetti "deboli" per eccellenza, all'interno del conflitto.

Per altri, invece, il compito primario della CTU rimane quello valutativo e di sostegno motivato alle decisioni del giudice, seguendo la seppur parziale definizione di Calamandrei per cui: *"Il consulente rappresenta gli 'occhiali' del Giudice"*.

Le motivazioni di questa posizione, solo apparentemente riduzionista, sono molteplici.

In primis, le persone si recano in Tribunale non per essere curate, ma perché un giudice gli dia ragione (o torto). Essere curati, ricercare un intervento terapeutico rappresenta una scelta personale che, oltre ad essere essenziale per il processo terapeutico, non può essere imposta se non in casi eccezionali. La confusione, anche in questo campo, tra i principi di legalità e di beneficenza corre il rischio di diminuire la significatività e l'autorevolezza di entrambi.

"Not all clients should be perceived as patients" (Melton G. B., Petrila J., Poythress N. G. e Slobogin C., 1997, p. 43)⁵.

Il termine anglosassone *"double agency"* è stato utilizzato in riferimento a quella condizione, potenzialmente conflittuale, in cui viene a confrontarsi il professionista della salute mentale che interviene all'interno del sistema di giustizia.

In questi casi, come spesso accade, l'esperto può trovarsi diviso tra le responsabilità verso la propria professione e quelle nei confronti di un'agenzia differente (ad esempio, un tribunale, una compagnia di assicurazioni, il servizio sanitario pubblico, ecc.) e sperimentare con ambivalenza la propria posizione, esitando tra la consapevolezza della sofferenza dei suoi interlocutori e l'impossibilità di offrire alla stessa una risposta di natura terapeutica.

La difficoltà a riconfigurare il proprio ruolo professionale, all'interno del contesto in cui è chiamato ad operare, può portare l'esperto ad attestarsi su posizioni rigide e contrapposte.

⁵ Non tutti i clienti andrebbero considerati come pazienti.

L'una tendente a sconfinare oltre il proprio ambito di competenza, ad esempio perseguendo il desiderio di “fare giustizia”, l'altra volta invece a tutelare gli “interessi” del soggetto valutato, continuando idealmente a mantenere fede agli obblighi dettati dalla propria etica professionale, senza rendersi conto dello specifico contesto al quale dovrebbero confrontarsi .

L'assenza di una chiara definizione rischia di influenzare anche, e soprattutto, la percezione che il periziando ha, rispetto al ruolo dell'esperto e alle funzioni della valutazione peritale.

Il riconoscimento delle matrici di contesto (ad esempio, dei confini temporali e degli obiettivi propri della valutazione peritale) all'interno delle quali si articola l'intervento peritale appare dunque indispensabile per poter comunicare, con sufficiente chiarezza, la natura e la direzione del percorso intrapreso⁶.

Il principio secondo cui nessun individuo può essere sottoposto, contro la sua volontà, ad un intervento di qualsivoglia natura⁷ (contenuto nel diritto al consenso al trattamento) non trova però applicazione, per la natura stessa del provvedimento, nel contesto della valutazione peritale che, per definizione, è orientato dalle disposizioni del giudice.

L'esperto, nel suo agire professionale è, infatti, tenuto ad osservare gli obblighi nei confronti del magistrato, o del difensore di una delle parti, che lo ha incaricato del caso, rimandando al suo parere tecnico le questioni che esulano dalla propria area di competenza..

Chiaramente, il diverso contesto ed il significato particolare dell'indagine impone la necessità di una ulteriore vigilanza sui moti controtransferali del consulente ed anche propone delle aporie inevitabili.

Un esempio in ambito penale può essere utile, anche per le valutazioni di interesse civilistico.

Si pensi al perito cui venga chiesto di valutare la capacità di intendere e volere, quindi l'imputabilità, di un indagato.

⁶ Si potrebbe obiettare che l'intervento terapeutico prescritto nelle CTU o, addirittura, in parte attuato nel corso delle stesse, è rivolto al superiore interesse del minore al quale, anche i genitori, dovrebbero tendere senza che questo venga a prefigurare un conflitto di interessi. Nonostante ciò restiamo dell'opinione che la confusione nelle finalità della consulenza non giovi a nessuno anche se la priorità del compito valutativo (che, inoltre, confligge con l'approccio non giudicante proprio dell'intervento terapeutico) non significa che il CTU, assieme ai CCTPPP, non faccia il possibile, se ne intravede le condizioni, per aiutare i genitori a trovare una mediazione concordata e anche, qualora lo richiedano, a sostenere con loro una indicazione di counseling o di terapia.

⁷ In realtà, la legislazione (L. n. 180/78, art. 33) pur affermando il principio secondo cui il malato mentale non può essere sottoposto a trattamento contro la propria volontà, ammette la possibilità, sotto particolari garanzie di legge e come evento straordinario, di trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

Può accadere che una simile valutazione sia contraria all'interesse del periziando che, se valutato responsabile delle proprie azioni, può essere condannato ad una pena severa, anche capitale.

In tal caso, che viene definito di “double agency”, il perito è conteso tra il suo dovere verso la magistratura (e quindi la collettività) ed il dovere del medico che non è solamente, come afferma un personaggio di Bergman “..il chiedere perdono”⁸ *ma, ancor prima...non nocere*”.

I paradossi (i conflitti etici), come diceva Winnicott, non possono essere sempre risolti ma vanno sopportati, ed è quanto accade in casi come questi.

In situazioni simili si definisce una distinzione profonda tra la psichiatria forense e la pratica terapeutica (Dorpat, 1977), il committente non è il periziando stesso, le finalità dell'indagine non si identificano, frequentemente, con il suo benessere e si giustificano solamente all'interno di un modello idealista in cui la società civile e lo Stato sono superiori, anche eticamente, all'interesse personale.

Prof. Ugo Sabatello

⁸ La citazione è da Bergman I. (1957): “Il posto delle fragole”.