

## **CAPITOLO SECONDO**

### **PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI**

---

#### **B) ETICA**

##### **COMPETENCE E NON-COMPETENCE: ASPETTI ETICI DEL CONSENSO INFORMATO IN PSICHIATRIA**

##### ***COMPETENCE AND NON-COMPETENCE: ETHICAL ASPECTS OF THE INFORMED CONSENT IN PSYCHIATRY***

**Maurizio Soldini, Cinzia Dell'Aquila, Umberto Accettella**

*Dipartimento di Emergenza Accettazione di II livello, Area di Medicina Interna,  
Corso di perfezionamento in Bioetica clinica, Policlinico Umberto I,  
Università degli Studi "La Sapienza" di Roma*

---

COMPETENCE E NON-COMPETENCE: ASPETTI ETICI DEL CONSENSO INFORMATO IN PSICHIATRIA

---

**Riassunto**

Il *consenso informato* implica una bipolarità dilemmatica tra il medico e il paziente. Essa si risolve nella dimensione del *rapporto medico-paziente*. In epoca post-paternalistica, le visioni etiche che sottendono al rapporto medico-paziente possono essere diverse e condizionare così il concetto stesso che si ha del consenso informato. Oltre a quello di tipo *paternalista*, vanno oggi per la maggiore un rapporto medico-paziente basato su una concezione di tipo *liberale* o di tipo *contrattualista* o di tipo *utilitarista*. Riteniamo che la concezione del rapporto medico-paziente di tipo *personalista* e *ontologico* sia da preferirsi, poichè in tale concezione il consenso informato si delinea in rispetto delle due persone in causa: il paziente e il medico. La *libertà* e la *responsabilità* di ciascuno dovranno fare riferimento alla dignità propria di ciascuna persona, cercando una composizione equilibrata in una dimensione di “alleanza terapeutica”, con l’intento di giungere non ad una decisione solipsistica, ma ad una comune decisione per il *miglior bene* del paziente. In tale contesto ha una importanza non indifferente la creazione di un *habitus* particolare per il medico, che solo le virtù potranno accrescere. Nella fattispecie, nella prassi e nella scienza psichiatrica la *competenza* o meno del paziente diventa un problema molto più complesso che nella normale pratica clinica medica. Riteniamo che non si possa parlare di un paziente completamente *competente* o *non competente*, viste le innumerevoli sfumature legate alle singole persone e ai singoli casi. Sarà pertanto compito del buon medico cercare di percorrere le strade migliori per cercare di raggiungere le mete migliori per il beneficio complessivo del paziente, con intenti prettamente morali, prima ancora che per ottemperanza alla norma giuridica.

**Parole chiave:** *bioetica, consenso informato, psichiatria*

**Abstract**

The informed consent implies a problematical bipolarity between the physician and the patient. It turns out well in the dimension of the physician-patient relationship. In the post-paternalistic epoch, the ethical visions that imply the physician-patient relationship may be different and may condition the opinion on the informed consent. Nowadays besides the paternalistic relationship, that based on the liberal conception (either utilitaristic or contractualistic) is widely preferred. We consider that the personalistic and ontological perspective is better, because according to this conception the informed consent emerges in respect of the two persons that are taken into account: the patient and the physician. The liberty and the responsibility of each have to refer to the dignity of each person, looking for the well-balanced composition in a dimension of “therapeutic alliance”, with the purpose of not arriving at a solipsistic but at a common decision for the better good of the patient. In this context the creation of a particular *habitus* for the physician has a not indifferent importance and only his/her virtues can increase it. In this case, in the psychiatric science and practice, the competence or non-competence of the patient becomes a much more complex problem than in the normal clinical medical practice. We consider that we must not talk of a completely able or not able patient, considering the numberless shades bound to every single person and single case. The good physician will have the task to try to go through better ways in order to get to the better targets for the global advantage of the patient, first pursuing a moral purpose and then complying with a legal norm.

**Key words:** *bioethics, informed consent, psychiatry*

---

## **1. Introduzione**

Il presente contributo si sofferma soprattutto sugli aspetti etici e sfiora appena gli elementi giuridici del consenso informato del paziente all'atto medico, sia in condizioni di normale pratica clinica, sia in condizioni di sperimentazione clinica. Quindi si prende in considerazione la più generale dimensione del rapporto medico-paziente nella quale viene inglobata la problematica del consenso e se ne enunciano le teorie etiche che sottostanno ai diversi approcci problematici. Da ultimo si sottolinea l'importanza del consenso informato in Psichiatria, nella quale spesso ci si interroga, sia in teoria che in pratica, a proposito della competenza e/o della non competenza del paziente psichiatrico.

## **2. Il consenso informato**

Il consenso informato, nella sua definizione più accettata, implicherebbe da una parte una informazione serena, equilibrata, veritiera, ovvero quanto più realistica possibile, resa dal medico, clinico o sperimentatore, con la più elevata professionalità, circa l'atto medico che si va ad intraprendere a beneficio del paziente, e in rispetto del principio di proporzionalità e soprattutto di totalità – principio terapeutico, quando si tratta per esempio di trattamenti terapeutici già ben consolidati, o a maggior ragione a livello sperimentale. D'altra parte il consenso informato implicherebbe, nel momento del consenso, la volontà e il giudizio del paziente che, una volta ben informato, sarebbe in grado di autodeterminarsi nella scelta o meno dell'atto medico. Si può ben evincere come il consenso informato possa entrare di pieno diritto nella bipolarità dilemmatica di due dimensioni, quella del medico da una parte, quella del paziente dall'altra, e nella fattispecie si comprende come si possa risolvere nella dimensione del rapporto medico-paziente.

## **3. Rapporto medico-paziente e sottostanti teorie etiche**

In epoca ormai post-paternalistica, dove appare giustamente superato un rapporto medico-paziente basato su un approccio autoritario e sbilanciato verso il medico, che si arroga il "diritto" di curare, le visioni etiche che sottendono al rapporto medico-paziente possono essere diverse e condizionare così il concetto stesso che si ha del consenso informato.

---

Per esemplificare, oltre al rapporto medico-paziente di tipo tradizionale, basato su una concezione di tipo paternalista, che vede il medico unico decisore delle sorti del paziente in un rapporto autoritario a senso unico, per il quale non si dà consenso e pertanto è inutile l'informazione, concezione come dicevamo ormai largamente superata in teoria, ma per alcuni versi lenta ad estinguersi nella pratica, vanno oggi per la maggiore un rapporto medico-paziente basato su una concezione di tipo liberale o di tipo contrattualista. Mentre in quest'ultima concezione vi è alla base un criterio di tipo procedurale, a cui sottostà un contratto di tipo privatistico-commerciale tra due estranei, in cui il paziente e il medico svolgono essenzialmente le funzioni di cliente e prestatore d'opera, nella concezione liberale si ha una netta considerazione dell'autonomia del paziente, che è visto come l'unico decisore delle sue sorti, sbilanciando in tal caso il rapporto in una asimmetria tutta dalla parte del paziente, con rovesciamento della concezione paternalistica, col grosso rischio di cadere nel solipsismo. Vi è anche una concezione del rapporto di tipo utilitarista in cui prevale un atteggiamento di tipo collettivo, basato sul principio di utilità che cerca un maggior utile – piacere – per un maggior numero di individui.

#### **4. Il rapporto medico-paziente secondo il personalismo ontologico**

Riteniamo che la concezione del rapporto medico-paziente di tipo personalista e, in particolare di quella fondata sull'ontologia, sia da preferirsi per evitare gli estremi delle concezioni viste precedentemente. In particolare, in tale concezione, il consenso informato si delinea in rispetto delle due persone chiamate in causa: il paziente e il medico, per i quali vi è indubbiamente un rapporto di tipo asimmetrico, se non altro per le competenze scientifiche del medico da una parte e per la maggiore vulnerabilità psico-fisica del paziente dall'altra. La libertà e la responsabilità, importante la seconda quanto, se non più, della prima, sia del medico che del paziente, non possono però essere asimmetriche e dovranno fare riferimento alla dignità propria di ciascuna persona, che ha un valore che trascende il momento contingente, cercando una composizione equilibrata, in un rapporto di reciprocità interpersonale che non può essere altrimenti che di amicizia, portando così ad una dimensione di "alleanza terapeutica", con l'intento di giungere non ad una decisione solipsistica, ma ad una comune decisione per il miglior bene. In tale

---

contesto ha una importanza non indifferente la creazione di un habitus particolare per il medico, che solo le virtù potranno accrescere.

### **5. Il paziente psichiatrico: competenze o no?**

Nella fattispecie nella prassi e nella scienza psichiatrica, la competenza o meno del paziente, diventa un problema molto più complesso che nella normale pratica clinica medica, in quanto emerge nella sua interezza problematica la dimensione unitotale di un paziente, soggetto personale, che mette ben in evidenza come le sue implicazioni decisionali non siano di stretta natura razionale, inteso questo termine in base ad una concezione illuministico-positivista. Non esiste un paziente completamente competente e uno completamente incompetente: le sfumature dovranno essere carpite da un attento occhio clinico, dotato di quell'umanità che caratterizza il buon medico sin dai tempi della medicina ippocratica come colui che agisce a livello pre-giuridico con intenti prettamente morali, con quella responsabilità che sola sa tutelare la dignità dell'essere umano, in qualunque situazione, ma soprattutto nei momenti di maggiore vulnerabilità.

### **6. Conclusioni**

Nel momento in cui si tratta di risolvere il problema del conflitto tra l'autonomia-libertà del paziente e il suo beneficio, il medico, e tanto più lo psichiatra, devono sapere discernere per il meglio, armandosi, oltre che della loro capacità tecnica, della loro più proficua competenza etica, per fare in modo che, con responsabilità, e non solo in base a quella giuridica, ma in conformità a responsabilità morale, sappiano sempre valutare caso per caso, ma con l'imprescindibile necessità di salvaguardare sempre e comunque la vita del paziente, bene sacro e incalcolabile come valore fisico e pure metafisico.

### **Bibliografia**

ABBÀ G., *Quale impostazione per la filosofia morale? Ricerche di filosofia morale* – 1, LAS, Roma 1996

---

COMPETENCE E NON-COMPETENCE: ASPETTI ETICI DEL CONSENSO  
INFORMATO IN PSICHIATRIA

---

BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F., *Principi di etica biomedica*, Casa Editrice Le Lettere, Firenze 1999

CATTORINI P., “Problemi di etica psichiatrica” in AA.VV. (1992), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano 1992

ENGELHARDT H. T., Jr. *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999

GATTI G., *Morale sociale e della vita fisica*, Elle Di Ci, Leumann, Torino 1992

IADECOLA G., *Potestà di curare e consenso del paziente*, CEDAM, Padova 1998

JASPERS K., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1991

JONAS H., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997

LEONE S., PRIVITERA S., *Dizionario di Bioetica*, Edizioni Dehoniane e Istituto Siciliano di Bioetica, Bologna – Acireale 1994

PALAZZANI L., *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*, G. Giappichelli Editore, Torino 1996

PELLEGRINO E.D., THOMASMA DAVID C., *Medicina per vocazione*, Edizioni Dehoniane, Roma 1994

SANTOSUOSSO A., (a cura di), *Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996

SGRECCIA E., *Manuale di bioetica, Volume I, Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 1999

SOLDINI M., ACCETTELLA U., BURGALASSI S., (eds). *La bioetica e l'anziano. Prospettive e garanzie per una salute globale dell'anziano alle soglie del nuovo millennio*, Ed. ISB, Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale 1999

---

COMPETENCE E NON-COMPETENCE: ASPETTI ETICI DEL CONSENSO  
INFORMATO IN PSICHIATRIA

---

SOLDINI M., *Argomenti di bioetica*, Armando, Roma 1999

TETTAMANZI D., *Bioetica. Difendere le frontiere della vita*, Edizioni  
PIEMME, Casale Monferrato (AI) 1996