EDITORIALE
EDITORIAL

P. PANCHERI
III Clinica Psichiatrica, Università di Roma «La Sapienza»

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.
Art. 4 del Codice di Deontologia Medica

Il medico, nell'esercizio della professione … non deve soggiacere ad interessi, imposizioni o suggestioni di qualsiasi natura.
Art. 5 del Codice di Deontologia Medica

Al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nell'applicazione di ogni presidio terapeutico.
Art. 12 del Codice di Deontologia Medica

Il Codice di Deontologia medica dichiara e sancisce senza mezzi termini la libertà del medico nell'atto terapeutico. Gli unici limiti sono il dovere di attenersi alle conoscenze scientifiche (Art. 5 e Art. 12) e ai valori etici fondamentali (Art. 5). Inoltre il medico è tenuto a rispettare la norma del consenso informato (Art. 30 e 32).
In questi termini e con questi limiti il medico gode teoricamente di un'ampia libertà decisionale nel suo operare terapeutico.
In realtà il medico nella pratica clinica si trova ad affrontare una realtà sfuggente a norme, leggi e regolamenti che rende ogni decisione più problematica e complessa di quanto non appaia sul piano teorico. Si trova cioè di fronte ai fantasmi della libertà.
La psichiatria ha un ruolo centrale nella medicina contemporanea che emerge in modo evidente a livello del problema della decisione terapeutica. È qui che i fantasmi della libertà fanno la loro comparsa in modo più netto e drammatico. Quanto avviene in psichiatria diventa così paradigmatico per tutta la medicina.

Il primo fantasma emerge, un po' serio e po' scherzoso, dal "*diritto alla salute*", sancito dall'art. 32 della Costituzione. Attualmente, per giurisprudenza e comune consenso, esso è considerato diritto alla salute sia fisica che psichica. In psichiatria il diritto alla salute psichica è evidentemente il parametro dominante. Ma sorge a questo punto un primo problema. Qual è il confine tra "salute psichica" e il concetto, che ha incominciato a trovare un suo spazio soprattutto nel contesto psicoterapeutico e assistenziale, di "benessere psichico"?
L'atto terapeutico dello psichiatra deve limitarsi alla salute psichica, correlata al concetto di disturbo, o deve entrare nel terreno insidioso del "benessere psichico" più evidentemente legato alla varietà degli eventi e delle storie individuali? È chiaro che, in questa prospettiva non vi sono limiti per il raggiungimento del "benessere psichico".
È stato osservato che la libertà e l'autonomia decisionale del medico paradossalmente dovrebbero garantire a quest'ultimo la possibilità di prescrivere, in nome della salute ma soprattutto del benessere psichico del paziente, lunghi viaggi distensivi in luoghi piacevoli, soggiorni in alberghi prestigiosi, diete a base di "*ostriche* e *champagne"*. E ciò sarebbe di particolare efficacia teorica soprattutto nei casi psichiatrici dove l'evidenza di una "malattia" è discutibile o comunque non dimostrata. Ma anche se questa teorica procedura per ottimizzare il benessere nelle condizioni di "disagio psichico" e per migliorare la qualità della vita fosse attuabile a standard meno elevati, essa vedrebbe un ostacolo nei costi che graverebbero sulla comunità sociale. Lo psichiatra è portato a ritenere che la sua disciplina dovrebbe avere una priorità assoluta nella spesa del SSN, e il "benessere psichico" dovrebbe rientrare in queste spese. La comunità sociale però, a torto o a ragione, non accetta che le spese per la "salute mentale" compromettano quelle per la "salute fisica" a cui viene data un carattere di maggiore urgenza e necessità.
La teorica libertà di decisione terapeutica dello psichiatra vede a questo livello la sua prima paradossale limitazione.

Il secondo fantasma della libertà terapeutica fa la sua apparizione in modo più drammatico a livello del consenso informato al trattamento. L'informazione data al paziente sulla diagnosi, la prognosi, i vantaggi e i rischi della terapia e il suo diritto al rifiuto sono sanciti dalla dottrina del consenso, dal codice deontologico e dalla giurisprudenza.
La dottrina del consenso informato al di là dei suoi aspetti formali e giuridici ha posto in primo piano l'accettazione di un trattamento medico come fattore terapeutico. In psichiatria il consenso al trattamento gioca un ruolo particolare nel successo di una cura ed è ampiamente condizionato dalla "dipendenza terapeutica". Il particolare e spesso molto intenso rapporto di attaccamento temporaneo che il malato psi-

chiatrico stabilisce con il suo medico, pur rappresentando una importante componente terapeutica, pone tuttavia un problema di libertà decisionale da parte del paziente. Ciò è particolarmente rilevante nelle psicoterapie, dove il rapporto terapeutico è in genere destinato a protrarsi nel tempo, dove la personalità e il carisma del medico hanno un ruolo più importante e dove la dipendenza terapeutica può raggiungere livelli di particolare intensità. Qual è il giusto equilibrio tra libertà decisionale del paziente di accettare o proseguire una psicoterapia e il fattore terapeutico della dipendenza emozionale dal curante?
È evidente che non è in discussione la dottrina generale del consenso informato, che tutela teoricamente i diritti sia del paziente che del medico, ma si pone qui il problema della sua intrinseca e sostanziale applicabilità nell'ambito del rapporto medico-paziente. Non solo, ma in psichiatria la validità del consenso assume una particolare connotazione nei casi di pazienti con deficit cognitivi e alterazioni emozionali dipendenti dalla malattia psichiatrica in atto. In questi casi il medico esercitava in passato il "privilegio terapeutico" rappresentato dalla possibilità d'informare in modo limitato e circoscritto il paziente sulla decisione terapeutica. Oggi il privilegio terapeutico è formalmente vietato. In psichiatria esso viene tuttavia spesso esercitato in modo sottile sulla base della dipendenza terapeutica.

Il terzo fantasma si aggira nel campo della libertà terapeutica tra gli alberi delle "schede tecniche" dei farmaci autorizzati al commercio e nella foresta dei dati di rilevanza scientifica da cui esse sono derivate. La scheda tecnica di un farmaco riporta una serie di informazioni utili per impostare correttamente una terapia: indicazioni, controindicazioni, cautele particolari, range di dosaggio ed altre.
Nella pratica il clinico si trova, più spesso di quanto non si ritenga, di fronte alla opportunità o alla necessità di prescrivere un farmaco al di là di quanto riportato nella scheda tecnica. Sorge a questo punto un problema. Quanto è libero il clinico di effettuare una prescrizione "off label" di fronte alla primaria necessità di curare nel modo migliore il suo malato? Quali problemi di carattere etico, deontologico, amministrativo e medico legale dovrà affrontare a seguito della sua decisione?
Le schede tecniche approvate dalle autorità regolatorie si basano sugli studi controllati presentati dalle aziende per la registrazione. Ma gli studi controllati certo non riflettono l'imprevedibile varietà delle presentazioni cliniche reali. Il Codice di Deontologia Medica (Art. 12) consente al medico di "*prescrivere farmaci per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzati al commercio purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata. In tali casi … il medico si assume la responsabilità della cura*". Ma quanto è libero il medico di assumersi questa responsabilità quando è vincolato, nell'ambito istituzionale, da disposizioni amministrative specifiche oppure, in ambito più generale, dal rischio di procedimenti giudiziari per possibili accuse di negligenza professionale?
Ma il problema può riguardare anche le psicoterapie, dove non esistono "schede tecniche" ma dove esse sono implicite e riflettono un comune consenso nell'ambito di ogni disciplina.

Ma ecco apparire a questo punto il *quarto fantasma della libertà*: il mito della EBM.
Le schede tecniche sono approvate dalle Autorità Regolatorie sulla base dei dati ricavati dagli studi controllati. Gli studi controllati rappresentano l'area terapeutica della *Evidence Based Medicine*. Teoricamente il medico dovrebbe attenersi alle "conoscenze scientifiche" derivate da questi studi.
La medicina basata sull'evidenza è giustamente il parametro di riferimento oggi dominante anche in psichiatria per valutare la reale efficacia di un intervento terapeutico.
Gli studi controllati sono una inevitabile necessità per l'approvazione di un farmaco ma ogni clinico è consapevole della scarsa utilità dei loro risultati nella pratica clinica. Gli studi controllati in psichiatria sono inoltre criticabili sotto vari aspetti. Situazioni sperimentali non rispondenti alla realtà clinica, problemi di selezione dei campioni, definizione dei protocolli influenzata dallo sponsor, inadeguati dosaggi dei farmaci di confronto sono i fattori principali della relativa attendibilità degli studi controllati che troppo spesso danno risultati favorevoli al farmaco sperimentale.
Gli studi osservazionali, gli studi in aperto, gli studi sul caso singolo sono strumenti di conoscenza spesso sottovalutati dalla EBM ma in realtà estremamente utili di fronte alla variabilità dei singoli casi clinici. Ma il mezzo più importante per la creazione di una valutazione clinica è lo scambio e la comunicazione diretta dell'esperienza.
Libertà di terapia può allora significare andare al di là della EBM e basarsi nella prescrizione sulla convergenza di una molteplicità di informazioni cliniche.

Il *quinto fantasma della libertà* si aggira sul terreno insidioso delle "linee guida".
Le linee guida per la farmacoterapia psichiatrica sono nate e si sono sviluppate con il lodevole intento di aiutare il clinico nelle sue decisioni terapeutiche sulla base dei risultati degli studi controllati in psicofarmacologia clinica. Le principali società psichiatriche, non ultima la SOPSI, hanno prodotto le loro linee guida per i principali disturbi psichiatrici. Ma progressivamente esse sono andate incontro ad un processo involutivo. Il loro numero si è moltiplicato

spesso con incongruenze e contraddizioni e la loro struttura è divenuta spesso complessa generando algoritmi mal decifrabili. In molti casi l'impressione è che la linea guida sia stata messa a punto più per soddisfare il narcisismo scientifico degli autori che per aiutare realmente il clinico nel suo operare.
Sorge il problema della libertà del clinico di operare al di fuori di quanto riportato nelle linee guida terapeutiche.
Le linee guida vanno considerate una semplice "nota informativa" sullo stato dell'arte degli studi sull'argomento o sono piuttosto una norma da seguire per un corretto operare clinico? Non ottemperare alle linee guida (ma quali linee guida?) può avere conseguenze e implicazioni a livello amministrativo o medico legale? Ed infine se le linee guida sono basate sugli studi controllati e se gli studi controllati non sono un valido strumento nella pratica clinica, allora il clinico è libero di operare anche al di fuori di esse?
È stato infatti giustamente osservato che le "linee guida" sono cosa ben diversa dagli "standard terapeutici" che riguardano le procedure da seguire nel singolo caso clinico.

Ma vi è un *sesto fantasma* che entra in scena nel momento in cui il clinico sceglie il farmaco da prescrivere al suo malato. È il condizionamento decisionale occulto.
Teoricamente ogni medico è libero di prescrivere ai suoi pazienti qualunque farmaco regolarmente registrato e ammesso alla vendita. Di fatto la sua scelta è condizionata in modo più o meno aperto da vari determinanti. Anzitutto dalla pressione delle aziende che tendono a promuovere i prodotti di recente immissione in commercio. In secondo luogo dall'opinione espressa dalle autorità scientifiche o dagli "opinion leaders" anche quando essa si basa su di una acritica valutazione dei dati disponibili. Infine dalla stereotipa illusione che tutto ciò che è "nuovo" debba essere sempre e comunque migliore di ciò che è "vecchio".
La prescrizione dei farmaci in psichiatria è ampiamente condizionata da questi determinanti. In psicofarmacologia clinica non vi è stato un reale progresso sul piano dell'efficacia nell'ultimo mezzo secolo, anche se è migliorata la tollerabilità e si sono rese disponibili molte molecole con un più strutturato spettro di indicazioni.
Lo psichiatra può oggi riacquistare la sua perduta libertà di scelta uscendo dallo stereotipo del vecchio verso il nuovo ma entrando nella prospettiva di quale farmaco per quale paziente. Questa diversa prospettiva permetterà allo psichiatra di assumere anche un "ruolo economico" spesso trascurato. La libertà dallo stereotipo "*nuovo meglio che vecchio"* può infatti significare una migliore disponibilità di risorse attraverso una riduzione, anche minima, della spesa farmaceutica. Va tenuto presente che i "nuovi farmaci" hanno un costo a carico del SSN molto superiore, per ovvie ragioni, dei "vecchi farmaci". Questo costo non è proporzionato, in psichiatria, ai vantaggi in termini di efficacia e, in molti casi, di tollerabilità.

Il *settimo fantasma* che condiziona la libertà dello psichiatra è lo stereotipo diagnostico.
La nosografia psichiatrica categoriale, anche nella sua massima espressione contemporanea rappresentata dal DSM-IV, è in crisi. La crisi non è certo nel suo significato di strumento indispensabile per la comunicazione, nella sua validità come standard di riferimento e nella sua importanza nell'epidemiologia psichiatrica, ma investe il contesto clinico. La proliferazione delle categorie diagnostiche nelle edizioni successive del DSM e la creazione di entità categoriali a scarsa coerenza intrinseca hanno reso sempre più complessa la realizzazione di una razionale associazione di diagnosi e terapia.
Lo psichiatra nella valutazione diagnostica, ma soprattutto nel suo approccio terapeutico nel contesto clinico, ragiona intuitivamente in modo diverso, su di una base più spesso dimensionale che non categoriale. Ciò vale in farmacoterapia ma soprattutto in psicoterapia e nel campo della riabilitazione. Il "funzionamento" del paziente e la qualità della vita, parametri di valutazione oggi di scottante attualità, sono infatti più facilmente correlabili al mosaico psicopatologico dimensionale che non alla rigidità della nosografia categoriale.
L'approccio categoriale rigido che ha dominato la psichiatria per oltre venti anni ha sottilmente condizionato la libertà di pensiero e di decisione dello psichiatra sia nel contesto clinico che nel settore della ricerca.
Oggi l'approccio dimensionale, che certo non nega ma supera la posizione categoriale, è sempre più presente nella consapevolezza clinica dello psichiatra. Libertà di terapia diventa così anche libertà dagli stereotipi diagnostici categoriali.

Infine, *l'ottavo fantasma della libertà* terapeutica si manifesta, più spesso in psichiatria che in ogni altra area della medicina, ogni volta che debba essere presa la decisione di privare il paziente della libertà personale per essere curato contro la sua volontà. Il problema si pone con maggiore evidenza in occasione di comportamenti violenti.
Il tema della violenza è di interesse centrale per lo psichiatra. Il discontrollo dell'aggressività che porta a comportamenti violenti, così come la violenza programmata e pianificata pone, forse più che in altre aree, il problema del confine tra normalità e patologia. Ciò comporta, per lo psichiatra decisioni che possono condizionare in vario modo la libertà di una persona che ha manifestato un comportamento aggressivo-

violento. Valutare se un atto violento è la conseguenza diretta di un disturbo psichiatrico o se rientra nella normale variabilità del discontrollo degli impulsi aggressivi comporta decisioni e conseguenze importanti che vanno dal TSO fino alla valutazione della "incapacità di intendere e di volere" nel contesto giudiziario. In queste valutazioni sorge il problema della libertà decisionale dello psichiatra inevitabilmente condizionato dal contesto socio-culturale, dalla sua storia e dalle sue esperienze personali, al di là della scienza psicopatologica e delle nosografie categoriali.
Il problema della violenza terapeutica si pone tuttavia in modo più sottile in un altro contesto, quando la presenza di un disturbo psichiatrico non compromette la qualità della vita del paziente, non altera la sua rete relazionale e non è fonte di sofferenza soggettiva come avviene in alcune forme parafreniche o in alcune condizioni allucinatorie croniche.
Di fronte a queste forme cliniche è dovere dello psichiatra intervenire sempre e comunque, anche contro la volontà del paziente utilizzando in modo adeguato il "privilegio terapeutico" o lo strumento del TSO, nei limiti previsti dalla legge? Oppure è più opportuno che consideri come la patologia psichiatrica possa essere a volte una forma di adattamento che non è opportuno modificare con una terapia? L'intervento in questi casi non può forse considerarsi come una situazione di "accanimento terapeutico"? Ricordiamo che l'Art. 14 del Codice di Deontologia Medica così si esprime: "*Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita*".

Ecco dunque come lo psichiatra di fronte alla decisione terapeutica si trova la "retta via" della libertà annebbiata dal fluttuare dei suoi fantasmi. Leggi, regolamenti, norme, codici di comportamento etici o deontologici, riferimenti alla scienza o alla conoscenza sono solo sistemi di riferimento da cui emergono i fantasmi che rendono ogni decisione un atto unico e personale.
Ancora una volta la psichiatria, dove i fantasmi appaiono con maggiore evidenza al punto da essere i determinanti principali della scelta terapeutica, si pone al centro dei problemi della medicina contemporanea.