



43° CONGRESSO NAZIONALE SIMLA VERONA

SIMLA: PER UNA NUOVA COSCIENZA E CONOSCENZA NELLA MODERNA MEDICINA LEGALE E NELLA SCIENZA FORENSE
18 - 20 SETTEMBRE 2018
VERONA, PALAZZO DELLA GRAN GUARDIA

Simposio: Disposizioni anticipate di trattamento
Giovedì 20 settembre 2018

Verso una valutazione standardizzata e documentata dei livelli di mental capacity

Roberto Catanesi

Ordinario di Psicopatologia forense, Università degli Studi "Aldo Moro", Bari

Il profondo cambiamento, negli anni, del significato e del ruolo del consenso nelle cure mediche

CONSENSO INFORMATO PER IMPLANTOLOGIA

Nome e Cognome: _____
 Nato a _____ # _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a dei dati _____, anche mediante disegni, modellini mascellare e riviste odontoiatriche, sul tipo di trattamento chirurgico a cui ho chiesto di essere sottoposto/a, di aver avuto il tempo e la possibilità di rivolgere tutte le domande che ritengo necessarie e di aver ricevuto risposte esaurienti ed in forma comprensibile. Attesto di aver ricevuto esaurienti informazioni sulla possibilità terapeutica con precise convenzioni sulle percentuali di successo dell'intervento, sulle modalità e sulle dimensioni dell'intervento previsto, così come sulle possibili complicanze descritte successivamente.

Mi è stato spiegato che l'origine orale corretta è d'importanza determinante per il successo a lungo termine dell'intervento.

A tal proposito mi impegno a sottopormi a visite di controllo ed a sottire di igiene orale.

Dichiaro, altresì, di essere consapevole dei rischi, in particolare: ipotesi di infezione / infezione / parodontite / ascessi loco-regionali / fratture/perforazioni (nervi infraorbitali) parità di vitalità dei denti superiori ed inferiori della sinistralità destra e cura del lato del lato inferiore e alveolare superiore, delcasi ossei, sinuose acute o croniche, osteoporosi o l'attività osteoporotica e omniale, lacerazione/rottura della membrana del (del) (del) (del) e delle complicazioni che potrebbero derivare ed essere correlate (fare il possibile) visione della rima, osso, gonfiore della zona operata, emorragie/ematomi/edemi, perdita di vitalità o danno ai denti adiacenti, rischio di infezione / effetto traumatico dell'ago, agli antibiotici ed / antidiabetici, il rischio di infezione dell'implantato solo dei biomateriali inseriti, l'instabilità dell'implantato, la difficoltà nell'apertura o chiusura della bocca), oltre ai rischi correlati all'anestesia, in quanto seppur le tecniche siano sicure, attenzione soprattutto al trattamento praticato nella professione odontoiatrica, tuttavia come accade a tutte le discipline mediche, non sono esenti da un certo margine di rischio anche se attuato con perizia, prudenza e diligenza, anche perché nella riuscita dell'intervento è determinante la risposta del mio organismo, che non può essere prevista in anticipo.

Chiaro, altresì, si essere stato esaurientemente istruito riguardo ai seguenti punti:

- profilassi antibiotica
- trattamento diagnostico/ancoraggio/terapia/terapia
- caratteristiche dell'intervento
- rischi/benefici relativi: intervento/anestesia
- post-operatorio
- igiene orale

Prato pertanto il mio consenso all'intervento di: _____
 (descrizione intervento) _____

Sono a conoscenza del fatto che:

- in base all'andamento dell'intervento, il medico può, a sua discrezione, modificare/combinare/approfondire l'intervento fino anche alla esecuzione dell'intervento stesso;
- sereno utilizzo materiali d'innesto autologo/eterologo, membrane riassorbibili o non riassorbibili (risate mediante pin non riassorbibili o sutura)

Sottoscrizione apposito informatico

Data _____
 Firma della paziente _____
 Firma del medico _____

Benevo il mio consenso, in data odierna, all'atto dell'intervento. Dichiaro di aver atteso, se prescritti, i farmaci per la profilassi pre-operatoria, attenzioni postoperatorie alle modalità di somministrazione.

Data _____ Firma _____

Molto più di una firma su un modello

CONSENSO INFORMATO ALLE CURE

Di seguito vengono riassunti i concetti già discussi nel corso della visita, in modo da ottenere per iscritto il Suo consenso alle esecuzioni delle terapie concordate, anche attraverso radiografie endorali/fotografie/modelli studio, poiché il consenso del paziente rappresenta il limite alla discrezionalità riconosciuta al sanitario nella scelta ed esecuzione delle cure. Lo scopo della sottoscrizione del consenso è quindi il codificare e rendere più trasparente il rapporto paziente/odontoiatra, non come limiti alla libertà ed all'autonomia del personale sanitario, ma controllo il flusso dell'informazione di farsi come obiettivo principale, in ogni fase della terapia, la salute del paziente.

Alcuno di aver ricevuto esaurienti informazioni, anche in funzione del mio stato generale di salute, sui seguenti punti:

- Trattamento diagnostico (spiegazione/informazione resa più comprensibile eventualmente anche, in base alla tipologia del trattamento, attraverso disegni, modelli anatomici, ricostruzioni/parafunzionali).
- Trattamento protesico (motivo, sede, tipologia, rischi dovuti direttamente al trattamento e all'effetto traumatico dell'ago).
- Trattamento terapeutico e sua approssimativa tempistica/curata (in considerazione delle variabili che potrebbero comprometterlo).
- Alternative terapeutiche con vantaggio/rischio/benefici.
- Rischi connessi al trattamento.
- Principali caratteristiche funzionali ed estetiche del materiale che mi verranno eventualmente applicati, nonché dei loro materiali, la manutenzione giornaliera degli stessi.
- Principali caratteristiche funzionali ed estetiche del trattamento terapeutico, nonché dei materiali utilizzati.
- Importanza dell'igiene orale domiciliare, suo mantenimento e richiami futuri.

Sulla base delle informazioni che mi sono state fornite, acconsento a sottopormi al trattamento odontoiatrico avendo convenuto previamente il corrispettivo per l'opera e per i materiali occorrenti mediante richiesta di un preventivo, in mancanza del quale dichiaro di accettare le tariffe dello studio.

L'informazione mi è stata resa dal dr. _____

Data _____ Firma _____

Molto più di una firma su un modello

- Consenso
- Dissenso/Rinuncia/Rifiuto
- Disposizioni anticipate di trattamento
- Contratto terapeutico vincolante
- Pianificazione condivisa delle cure

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
Informazione e consenso all'atto medico
 20 Giugno 1992

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
*Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario
 nella relazione paziente-medico*
 24 OTTOBRE 2008

il consenso informato non può considerarsi implicito o automaticamente desumibile dal fatto che l'attività del medico sia preordinata al bene del paziente. Nell'etica medica attuale, il consenso informato ha assunto un ruolo chiave, consentendo la piena valorizzazione delle scelte compiute dal paziente competente, sulla base del principio di autonomia

Codice di deontologia medica 2014
 Titolo IV - Informazione e comunicazione
 Consenso e Dissenso

Art. 35: Consenso e dissenso informato

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Art. 37: Consenso o dissenso del rappresentante legale

Il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici.

Il medico segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Codice di deontologia medica 2014 Titolo IV - Informazione e comunicazione Consenso e Dissenso

Art. 38: Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Contratto terapeutico vincolante

Proposte della SIP per l'integrazione della 1.833/78 (doc.10.5.04)

Il TSO può concludersi con:

2. di norma, con la prosecuzione volontaria del trattamento... presso i servizi territoriali di competenza. In presenza di dubbi fondati sulla successiva adesione al trattamento dell'interessato, lo psichiatra del servizio territoriale di competenza deve formulare un progetto individuale di trattamento sotto forma di contratto sottoscritto dall'interessato.

Tale progetto, da rivalutare a cadenza trimestrale, deve contenere indicazioni chiare relative alla diagnosi, alla prognosi, ai trattamenti ed agli altri interventi proposti, alle modalità di coinvolgimento dei familiari e delle persone significative (per il paziente o per l'efficace attuazione del progetto)

Qualora invece siano presenti le condizioni previste dalla Legge 6/2004 sull'Amministrazione di sostegno, ai fini di garantire la massima continuità alle cure, si ritiene che il provvedimento di A. di S. contenga concrete indicazioni sul programma individuale di trattamento terapeutico, a prevalente valenza territoriale e/o residenziale

**XVI Legislatura
CAMERA DEI DEPUTATI
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA**

C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C.2065 Ciccioi, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri

Art. 3, comma 11:

Qualora, anche successivamente all'inizio del trattamento necessario extraospedaliero prolungato, il paziente presti il proprio consenso all'effettuazione o alla prosecuzione del trattamento medesimo, si può ricorrere a un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che preveda il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente, i suoi familiari e lo psichiatra responsabile del trattamento. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il trattamento necessario extra-ospedaliero prolungato....

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018)

- 1) nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato (art.1 co 1);
- 2) Il consenso (rifiuto e revoca) è documentato in forma scritta (art.1 co 4) e annotato in cartella;
- 3) Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento... (art.1 co 5);
- 4) Sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale.
- 5) In caso di rinuncia o rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente ... conseguenze.. e possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente...

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219
Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di
trattamento (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018)

- 6) Il medico é tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, é esente da responsabilità civile o penale.
- 7) Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.
- 8) Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.
- 9) Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219
Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di
trattamento (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018)

Art. 4 Disposizioni anticipate di trattamento

- a) Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere;
- b) in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo adeguata informazione mediche sulle conseguenze..
- c) Può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.
- d) Indica una persona di sua fiducia («fiduciario»), che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
- e) Il fiduciario è indicato nelle Dat o successivamente, e; può essere sempre revocato
- f) In assenza di nomina del fiduciario le volontà mantengono efficacia;

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219
Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di
trattamento (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018)

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.
2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219
Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di
trattamento (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018)

Art. 5 Pianificazione condivisa delle cure

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.
4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Rifiuto informato di cure

.. La libera disponibilità del bene salute, da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, secondo una totale autonomia di scelte che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita, deve collegarsi ad un rifiuto "informato", cioè espresso seguito di una informazione completa, da parte del medico, dei possibili effetti negativi della terapia o dell'intervento chirurgico, con le possibili controindicazioni e l'indicazione della gravità degli effetti del trattamento"

Cass. Sez. Pen. IV, 30.9.08

Il mancato consenso o un consenso *viziato* di nullità determina di per sé l'arbitrarietà del trattamento e la sua rilevanza penale

...il "consenso" del paziente costituisce presupposto di liceità dell'attività del medico che somministra il trattamento, al quale non è attribuibile un generale diritto di curare a prescindere dalla volontà dell'ammalato

il Consenso Informato ha come contenuto concreto la facoltà della libera scelta del paziente al trattamento diagnostico-terapeutico nel rispetto del diritto del singolo alla salute, tutelato dall'articolo 32 Cost.: il criterio di disciplina della relazione medico-malato è quello della libera disponibilità del bene salute da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, secondo una totale autonomia di scelte che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve essere sempre rispettata dal sanitario. Ne deriva che la mancanza del consenso o un consenso viziato di nullità determina di per sé l'arbitrarietà del trattamento e la sua rilevanza penale indipendentemente da una condotta dannosa da parte del medico nei confronti del paziente.

Cass Pen., sez IV, 20.1.14 n. 2347

La prestazione corretta non giustifica le carenze del Consenso informato

Il medico ha il dovere e obbligo di informare il paziente che sta per essere operato, soprattutto in casi in cui l'intervento è di elezione (cioè non urgente), anche dei rischi legati a "eventi straordinari" che cioè si verificano raramente. In particolare, l'obbligo di informazione circa le conseguenze di un trattamento da parte del medico sussiste sempre, anche nei casi in cui sia stato eseguito correttamente: un intervento anche se eseguito correttamente non giustifica le carenze di un consenso informato

Cass. Civ. Sez. III, 11.12.13 n. 27751

Il consenso come "diritto della persona"

E' nell'**art. 13 della Costituzione** che trova afferenza il principio della "libertà morale del soggetto e della sua autodeterminazione, nonché della sua libertà fisica, intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea" (Cass.Pen., Sez. IV, 11 luglio 2001, n. 35822).

In relazione all'**art. 32 della Costituzione**, nella relazione fra medico e paziente è quest'ultimo ad avere la piena disponibilità delle proprie scelte in tema di salute, in totale autonomia, anche se questo "può comportare il sacrificio del bene stesso della vita". Le scelte del paziente, purché competente ed in possesso delle qualità psichiche necessarie ad esprimere un consenso valido, devono "sempre essere rispettate dal sanitario" (Cass.Pen., Sez. IV, 16 gennaio 2008, n. 11335).

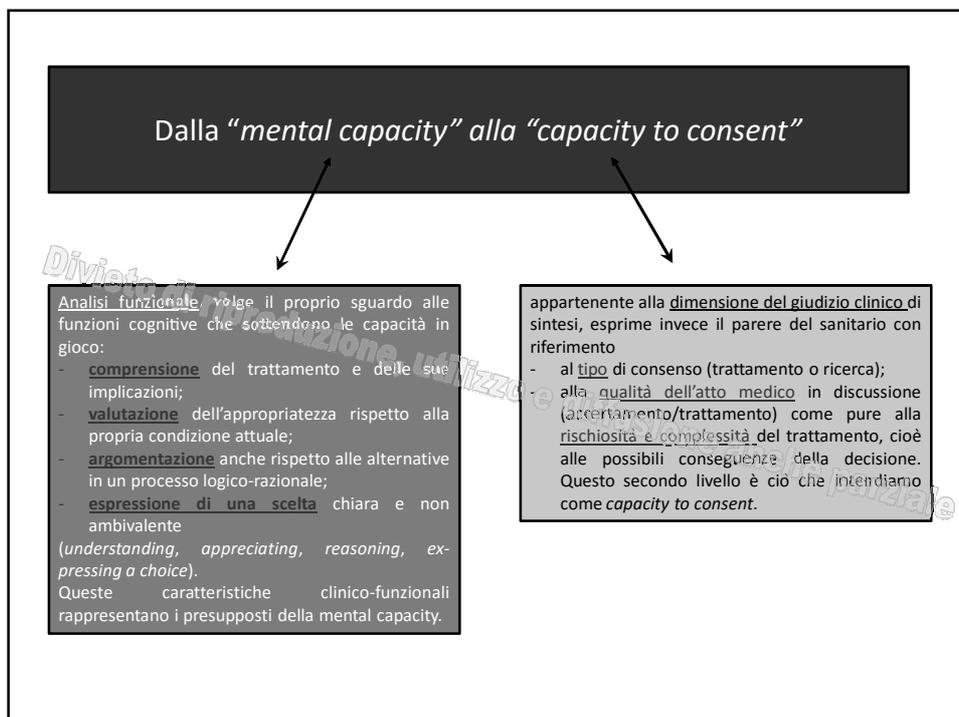
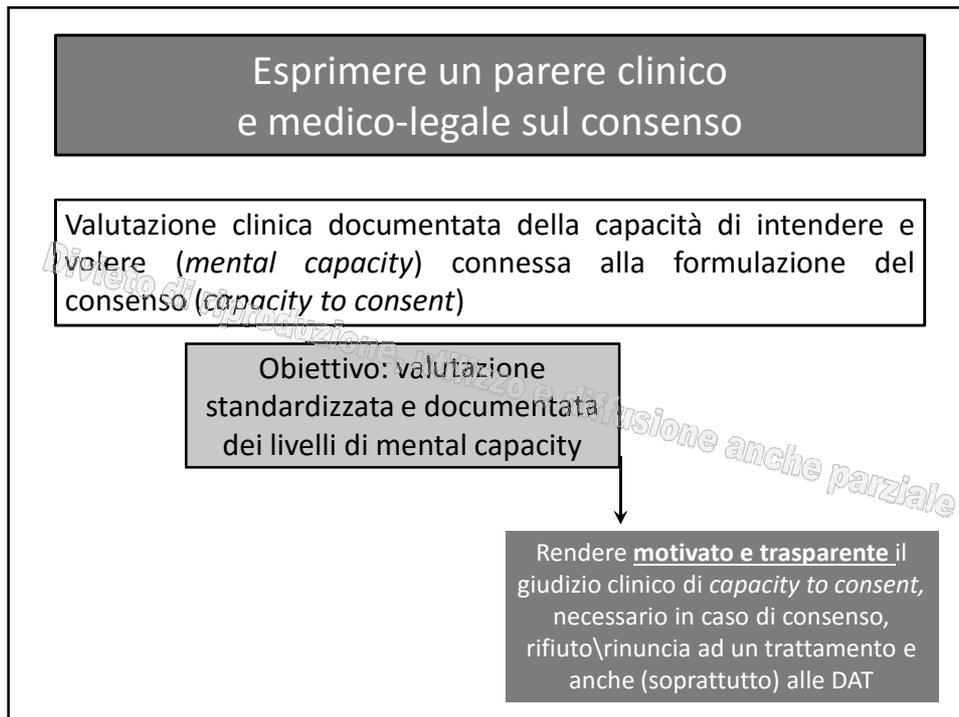
Il consenso come diritto della persona

Il consenso è momento di sintesi di due diritti fondamentali della persona, «quello all'**autodeterminazione e quello alla salute**, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio per garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione. Discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale».

Corte costituzionale (n. 438 del 2008)

Dalla capacità di agire alla capacità di intendere e volere

Le recenti evoluzioni del diritto a livello nazionale ed internazionale pongono fortemente in crisi tale posizione, considerando il Consenso non un atto contrattuale bensì un atto giuridico unilaterale. A ciò consegue che esso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (capacità naturale), accordabile anche all'infradiciottenne, al portatore di disturbo mentale.



Mental capacity

1. **understanding**: la capacità di **comprendere** gli elementi rilevanti della propria situazione medica e di tutte le informazioni utili per le scelte terapeutiche, le possibili opzioni terapeutiche; *la capacità di comprendere le informazioni rilevanti ai fini della scelta;*
2. **appreciating**: la capacità di utilizzare queste informazioni in una **valutazione** inerente la propria attuale condizione clinica; *la capacità di riconoscere la propria condizione clinica e le possibili conseguenze delle diverse opzioni terapeutiche*
3. **reasoning**: la capacità di **ragionare** sulle informazioni organizzandole in un processo logico-razionale (valutazione di pro e contro) che implichi una valutazione delle possibili alternative terapeutiche;
4. **expressing a choice**: la capacità di **esprimere una scelta** non ambivalente.

Affinché il consenso sia **valido** è necessaria la **compresenza di tutte le dimensioni citate.**

(Grisso & Appelbaum, 1998)

Anche i pazienti con gravi malattie mentali mantengono livelli di capacità valide rispetto a alcune o tutte le decisioni circa il loro trattamento.

Appelbaum PS: Decisional capacity of patients with schizophrenia to consent to research: taking stock. Schizophr Bull 2006; 32: 22-5

Capacity to consent

*It is **decision specific**
and **time specific***



- Can the person make **THIS** decision at the time it needs to be made?
- Must be able to: understand, retain, use and weigh information relating to the decision, and then communicate it

Palmer et al. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:230-236

Raymont et al. Lancet 2004; 364:1421-7

Dalla *mental capacity* alla *competence to consent*

Duplici necessità, clinica e psichiatrico-forense:

- a) rendere trasparente e documentato il percorso di analisi "funzionale" delle funzioni cognitive-effettive, che entrano nella formulazione del consenso/dissenso/DAT;
- b) considerare il consenso come un variabile clinica, oltre che valutazione eminentemente medico-legale, da monitorare nel tempo, in riferimento all'andamento della malattia, alle sue fasi (*time specific*), alle richieste del contesto (*task oriented*) per orientare fondate decisioni medico-legali.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CLINICAL PRACTICE

N Engl J Med 2007;357:1834-40.
Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment

Paul S. Appelbaum, M.D.

GUIDELINES

There are currently no formal practice guidelines from professional societies for the assessment of a patient's capacity to consent to treatment.

Rivista di psichiatria, 2010, 45, 3

La valutazione del consenso informato alle cure quale variabile del trattamento psichiatrico

Evaluations for informed consent for various long term psychiatric treatments

ROBERTO CATANESI, FELICE CARABELLESE, CHIARA CANDELLI,
DONATELLA LA TEGOLA, ROSA TARATUPOLO

Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIMIMP, Università di Bari

RIASSUNTO. Obiettivi. Lo studio si propone un duplice obiettivo: indagare sulla qualità del consenso informato nei pazienti assistiti dai dipartimenti di salute mentale della Regione Puglia; riflettere sulla possibilità di un utilizzo sistematico di strumenti di rilevazione del consenso validati nella pratica quotidiana dei servizi psichiatrici. **Metodi.** Gli autori hanno somministrato l'intervista strutturata MacCAI-1 (modificata) a 708 pazienti inseriti in tutti i settori del Dipartimento di Salute Mentale della Regione Puglia: 77 pazienti ricoverati in SPDC, 336 pazienti ambulatoriali, 295 pazienti collocati in strutture riabilitative. **Risultati.** Il 31,2% dei pazienti ricoverati volontariamente negli SPDC non conosce, per così dire, le ragioni del ricovero e il 46,1% dei pazienti inseriti in strutture riabilitative non ha alcuna consapevolezza dei motivi di inserimento in struttura. Relativamente alla prognosi: il 62,3% dei ricoverati volontariamente negli SPDC, il 65% dei pazienti inseriti in strutture riabilitative e il 39% dei pazienti ambulatoriali non conoscono la prognosi del disturbo da cui sono affetti. **Discussione.** I dati ottenuti dalla presente indagine rendono numericamente evidente il fatto che in un'ampia area del trattamento psichiatrico si opera in assenza di registri "sostanziali" per considerare valido un consenso. Gli autori propongono il monitoraggio del consenso - da attuare con strumenti standardizzati - per obiettarne l'andamento nel tempo facendo diventare questa valutazione parte integrante delle comuni attività di osservazione clinica. La pratica della valutazione del consenso consentirebbe di avere elementi probanti per richiedere l'adozione di strumenti di tutela giuridica, come l'amministratore di sostegno, finalizzati a garantire continuità terapeutica in una cornice giuridicamente corretta.

AAPL 46th Annual Scientific Meeting
Ft. Lauderdale, Florida, October 22-25, 2015

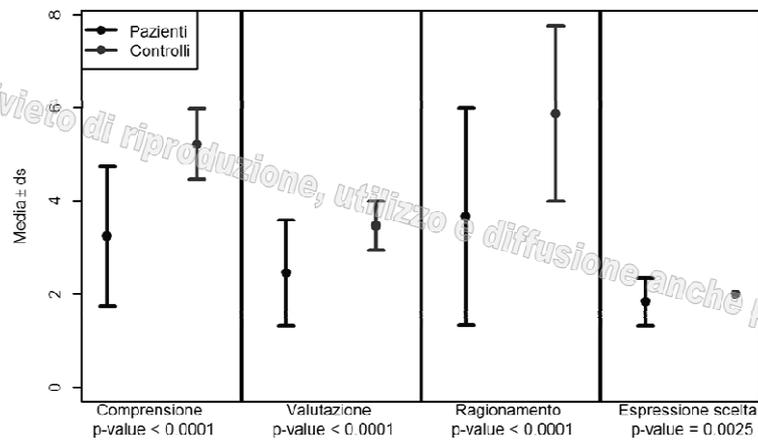
Qualitative analysis on the ability to provide consent of
treatment to patients with chronic neurodegenerative
diseases. Alzheimer's Disease^o

Carabellese F, La Tegola D, Leo A, Distaso S, Brancasi B,
Piazzolla G, Barulli MR, Sabbà C, Logroscino G, Catanesi R

University of Bari
ITALY

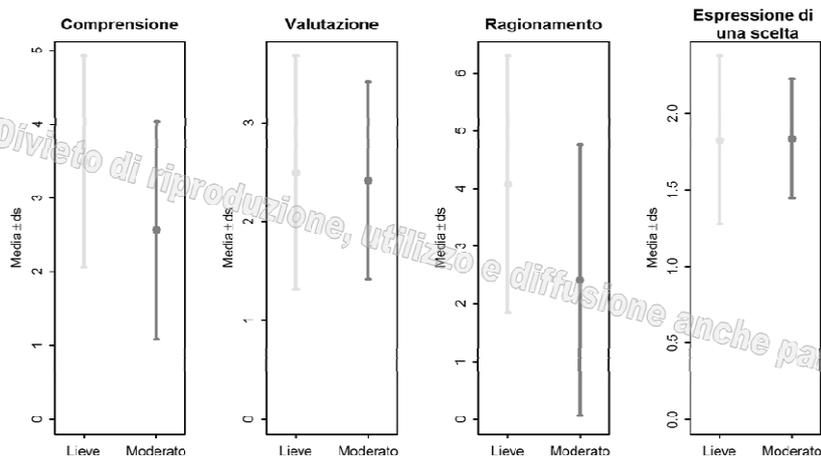
^o Special Thanks to Cassa di Risparmio di Puglia Foundation
(Researcher Proposer: Prof. Felice Carabellese)

Punteggi Mac CAT-T in pazienti e controlli



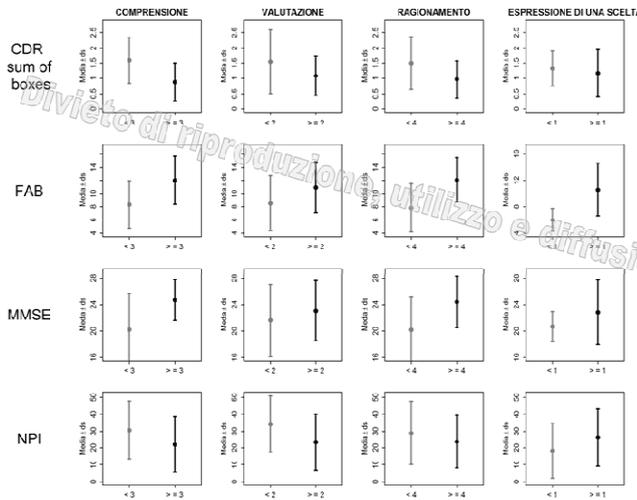
Pazienti e controlli differiscono significativamente in tutti gli items

Punteggi Mac CAT-T e grading DSM 5



Pazienti con grading Lieve e Moderato differiscono significativamente solo nell'item Ragionamento

Scoring Mac CAT-T nei diversi sub-item nei pazienti AD e punteggi CDR- FAB- MMSE e NPI



I pazienti con punteggi nei subitem del Mac CAT-T sopra la media hanno valori più bassi di CDR-SoB ed una migliore performance ai test neuropsicologici

Epidemiology and Psychiatric Sciences, page 1 of 8. © Cambridge University Press 2017
doi:10.1017/S204579617000063

Treatment decision-making capacity in non-consensual psychiatric treatment: a multicentre study

G. Mandarelli¹*, F. Cabelles², G. Farnigiani¹, F. Bernardini³, L. Pauselli³, R. Quartesan^{3,4}, R. Catanesi² and S. Ferracuti¹

¹ Department of Neurology and Psychiatry, University of Rome 'Sapienza', viale dell'Università 30, 00185 Rome, Italy

² Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari 'Aldo Moro', Piazza Giulio Cesare, 70124, Bari, Italy

³ School of Psychiatry, University of Perugia, 06156 Perugia, Italy

⁴ Department of Medicine, Division of Psychiatry, Clinical Psychology and Psychiatric Rehabilitation, University of Perugia, Santa Maria della Misericordia Hospital, Perugia, Italy

Aims. To evaluate treatment decision-making capacity (DMC) to consent to psychiatric treatment in involuntarily committed patients and to further investigate possible associations with clinical and socio-demographic characteristics of patients.

Methods. 131 involuntarily hospitalised patients were recruited in three university hospitals. Mental capacity to consent to treatment was measured with the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T); psychiatric symptoms severity (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS-E) and cognitive functioning (Mini Mental State Examination, MMSE) were also assessed.

Results. Mental capacity ratings for the 131 involuntarily hospitalised patients showed that patients affected by bipolar disorders (BD) scored generally better than those affected by schizophrenia spectrum disorders (SSD) in MacCAT-T appreciation ($p < 0.05$) and reasoning ($p < 0.01$). Positive symptoms were associated with poorer capacity to appreciate ($r = -0.24$; $p < 0.01$) and reason ($r = -0.27$; $p < 0.01$) about one's own treatment. Negative symptoms were associated with poorer understanding of treatment ($r = -0.23$; $p < 0.01$). Poorer cognitive functioning, as measured by MMSE, negatively affected MacCAT-T understanding in patients affected by SSD, but not in those affected by BD (SSD $r = 0.37$; $p < 0.01$; BD $r = -0.01$; $p = 0.9$). Poorer MacCAT-T reasoning was associated with more manic symptoms in the BD group of patients but not in the SSD group (BD $r = -0.32$; $p < 0.05$; SSD $r = 0.03$; $p = 0.8$). Twenty-two per cent ($n = 29$) of the 131 recruited patients showed high treatment DMC as defined by having scored higher than 75% of understanding, appreciating and reasoning MacCAT-T subscales maximum scores and 2 at expressing a choice. The remaining involuntarily hospitalised patients were considered to have low treatment DMC. Chi-squared disclosed that 32% of BD patients had high treatment DMC compared with 9% of SSD patients ($p < 0.001$).

Conclusions. Treatment DMC can be routinely assessed in non-consensual psychiatric settings by the MacCAT-T, as is the case of other clinical variables. Such approach can lead to the identification of patients with high treatment DMC, thus drawing attention to possible dichotomy between legal and clinical status.

Table 3. Capacity ratings of involuntarily hospitalised and treated patients

MacCAT-T subscales	Whole sample, N=131 Mean (s.d.)	SSD, n=55 Mean (s.d.)	BD, n=47 Mean (s.d.)	p
<i>Understanding</i> (scale range, 0-6)				
Subscale total score	4.1 (1.5)	4.0 (1.5)	4.1 (1.6)	ns
<i>Appreciation</i> (scale range, 0-4)				
Subscale total score	2.0 (1.4)	1.5 (1.4)	2.3 (1.4)	<0.05
<i>Reasoning</i> (scale range, 0-8)				
Subscale total score	4.4 (2.7)	3.5 (2.7)	5.2 (2.4)	<0.001
<i>Expression of a choice</i> (scale range, 0-2)				
Subscale total score	1.7 (0.5)	1.5 (0.6)	1.8 (0.5)	ns

MacCAT-T, MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment, higher scores correspond to better treatment decision-making abilities. SSD, schizophrenia spectrum disorders; BD, bipolar disorders. p values by independent sample t test.

Table 5. Good v. poor treatment DMC among diagnostic groups on involuntarily hospitalised and treated patients

Primary diagnosis	High treatment DMC N (%)	Low treatment DMC N (%)
Schizophrenia spectrum disorders	6 (9%)	59 (91%)
Bipolar disorders	15 (32%)	32 (68%)
Other	8 (42%)	11 (58%)
Total sample (n = 131)	29 (22%)	102 (78%)

DMC, decision-making capacity. Patients were classified as having high DMC if they scored over 75% of every MacCAT-T subscale range (i.e., understanding > 4, appreciating > 3, reasoning > 6 and expressing a choice = 2). The differences in distribution among diagnostic groups are significant as disclosed by χ^2 ($p < 0.001$).

compared with patients affected by bipolar disorder questions existing data indicating a minor role for diagnoses rather than symptoms. For example, Palmer *et al.* (2007) found no differences between long-term illness outpatients affected by bipolar disorder and long-term illness outpatients affected by schizophrenia in competence to consent to research, as measured through the MacCAT-CR. Howe *et al.* (2005) found no differences in MacCAT-T scores between acute psychiatric patients affected by schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder (manic/mixed phase). The results we report here otherwise suggest that schizophrenia spectrum disorder patients are at greater risk of impaired treatment DMC in acute coercive psychiatric settings.

In the present study, 22% of the 131 patients scored 75% on every MacCAT-T subscale and were classified as having high treatment DMC. The percentage of patients with high treatment DMC reached 32% among BD patients and 42% among other diagnoses ($n = 4$ Borderline Personality Disorder, $n = 1$ Adjustment Disorder with Mixed Disturbance of Emotion and Conduct, $n = 1$ Major Depressive Disorder, $n = 1$ Alcohol Dependence, $n = 1$ Obsessive Compulsive Disorder). Such patients presented an almost complete understanding and appreciating of their clinical condition, as well as of the risks and benefits of their treatment (or no treatment), an adequate capacity to reason about their therapy and to express a choice (i.e., no hospitalisation/treatment) in a clear and consistent way.

