



## La liberta di scelta del paziente con disturbi mentali gravi

Priebe, S; Laugharne, R

For additional information about this publication click this link.

<http://qmro.qmul.ac.uk/jspui/handle/123456789/2044>

Information about this research object was correct at the time of download; we occasionally make corrections to records, please therefore check the published record when citing. For more information contact [scholarlycommunications@qmul.ac.uk](mailto:scholarlycommunications@qmul.ac.uk)

Richard Laugharne & Stefan Priebe

## **La libertà di scelta del paziente con disturbi mentali gravi**

Patient choice in severe mental illness

Traduzione italiana a cura di Federico Boaron

Richard Laugharne, Department of Mental Health, School of Postgraduate Medicine and Health Sciences, University of Exeter;

Stefan Priebe, Professor of Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine, Queen Mary University of London;

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. Richard Laugharne, Wonford House Hospital, Dryden Road, Exeter EX2 5AF, UK. e-mail: richard.laugharne@pms.ac.uk

## **Abstract**

La libertà di scelta del paziente è importante in sanità, specialmente nel momento in cui può essere soggetto a trattamenti obbligatori. La locuzione "libertà di scelta del paziente" può essere usata in contesti molto diversi, per esempio come concetto economico per sostenere una visione basata sul consumatore anche in sanità, o come istanza etica per ampliarne l'autonomia. Ci sono consistenti evidenze circa il desiderio di informazione sulla propria malattia da parte dei pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti ed a sostegno di un modello condiviso nei processi decisionali sui trattamenti, sebbene ci sia una grande variabilità tra le opinioni dei pazienti su quest'ultimo aspetto. L'aderenza al trattamento e gli esiti sono migliori se i pazienti avvertono che l'intervento è quello giusto per loro. D'altro canto l'effetto di dare direttamente al paziente la scelta sui trattamenti da eseguire è meno chiaro. Attività che potrebbero facilitare lo sviluppo di processi decisionali condivisi comprendono formazione ai professionisti sulle abilità comunicative, accordi scritti col paziente in momenti di compenso, strumenti di aiuto decisionale per i pazienti. La ricerca in questo settore potrà rivelarci se processi decisionali condivisi portano ad un ampliamento delle scelte decisionali, ad un miglioramento delle relazioni terapeutiche o ad entrambi questi aspetti.

Patient choice is important in mental health care, especially as patients can be subject to involuntary care. The term patient choice can be used in different contexts, notably as an economic concept for more consumerism in health care and as an ethical argument for greater patient autonomy. There is good evidence that patients with severe mental illness want information about their illness and support a shared decision making model when deciding treatment, although patients vary considerably in their opinions on the latter. Treatment adherence and outcome are better if patients feel the intervention is right for them. However the effect of giving patients direct choice on treatment is less clear. Developments to facilitate shared decision making may include communication skills training for psychiatrists, written patient prompts and treatment decision aids for patients. Further research may reveal if shared decision making leads to different treatment choices, improved therapeutic relationships or both.

## **Keywords**

Libertà di scelta, disturbi mentali gravi, aderenza al trattamento, decisioni cliniche condivise, relazione terapeutica.

Patient choice, severe mental illness, treatment adherence, shared decision-making, therapeutic relationship.

## Introduzione

In un'epoca in cui il progressivo *empowerment* del paziente è considerato un valore fondante, la libertà di scelta in sanità ha acquisito un ruolo importante nell'agenda politica del Regno Unito e di molti altri paesi sviluppati (Warner e coll., 2006).

Le possibilità di scelta del paziente variano per tipologia e per ampiezza nei vari sistemi sanitari, ma nella maggior parte dei casi la libertà di scelta nell'ambito della salute mentale non è considerata una questione prioritaria. Tra i motivi di questa esclusione possono esserci i costi (che tendono ad aumentare quando il paziente - potendo scegliere - predilige cure più intensive o più costose) ed il fatto che di solito i pazienti affetti da patologia psichiatrica grave non cercano cure di propria iniziativa ma spesso devono essere in qualche modo costretti. La questione della libertà di scelta del paziente è pertanto un argomento scomodo in quell'unica area dell'assistenza medica in cui i sanitari hanno il potere di costringere il paziente a sottoporsi terapie contro il suo consenso, potere tutt'altro che teorico ed esercitato nella pratica di ogni giorno.

Proprio per l'evidente contrasto fra trattamenti sanitari coercitivi e libertà di scelta del paziente possiamo affermare che, in ambito psichiatrico, è particolarmente importante prendere in considerazione il ruolo che la scelta del paziente ha nel processo terapeutico (Laugharne & Priebe, 2006).

Una ulteriore difficoltà è costituita dal fatto che la dizione "scelta del paziente" è stata utilizzata in contesti diversi e con significati di fatto molto differenti. Dobbiamo pertanto individuare i vari aspetti della "scelta del paziente" in psichiatria, per chiarire i pro e i contro delle diverse posizioni. Questa *review* pone attenzione sulle cure rivolte a pazienti con patologia grave, poiché nei casi di patologia lieve o moderata il paziente può, in genere, esercitare le proprie scelte con minore difficoltà.

## I diversi aspetti della scelta del paziente nell'assistenza psichiatrica

### *1. La scelta del paziente come espressione etica della propria autonomia.*

Ogni sistema di assistenza alla salute mentale dovrebbe cercare di lavorare secondo principi etici condivisi. Siamo tutti ben consapevoli che, in passato, i pazienti hanno subito abusi da parte dei servizi psichiatrici e che, in alcuni casi, il problema sussiste ancora oggi. I pazienti affetti da malattia mentale sono persone vulnerabili che difficilmente hanno la capacità di esporre le proprie ragioni e che, anche quando questa capacità è ben conservata, la loro opinione è spesso screditata a causa della marginalità, del basso status socioeconomico, dello stigma. Offrire al paziente una reale possibilità di scelta nell'assistenza psichiatrica può essere considerato un movimento etico per contrastare le forze (del presente e del passato)

che tendono a privare il paziente di autonomia di scelta e diritti. Questa argomentazione etica è spesso espressa e ribadita dalle associazioni di utenti. Un recente rapporto sull'assistenza psichiatrica, commissionato dal governo inglese al *Sainsbury Centre for Mental Health*, ha sottolineato come, per promuovere la possibilità di scelta del paziente, sia fondamentale informare le persone sul loro diritto di scegliere come curarsi (Warner et al., 2006).

## *2. La scelta del paziente come modello centrato sul "consumatore" di assistenza sanitaria*

Nelle democrazie occidentali, la maggior parte dell'economia si fonda sul modello consumistico. Quando programmiamo un acquisto, ad esempio, valuteremo diversi modelli per decidere quale sia il migliore o il più conveniente. Questo genera concorrenza fra i produttori, incentivando a produrre prodotti migliori al minor costo possibile. Alcuni modelli di assistenza sanitaria si propongono di operare secondo un modello simile: il paziente (o in alcuni casi il medico curante) sceglie tra le strutture che offrono i servizi necessari. Secondo questo punto di vista economico, la concorrenza fra le diverse strutture sanitarie dovrebbe migliorare lo standard di qualità dei diversi servizi e potrebbe contenere le spese.

## *3. La scelta del paziente nella cura individuale: la condivisione delle scelte*

Un argomento molto studiato riguarda il come vengono prese le decisioni sulle scelte terapeutiche (Coulter, 2002). Di fatto esiste uno spettro ad un estremo del quale il medico valuta il paziente, decide, riferisce la scelta al paziente che accetta, chiedendo, eventualmente, qualche chiarimento. Questa può essere vista come una posizione paternalistica ed, in situazioni di emergenza, la maggior parte dei pazienti è d'accordo sul delegare la scelta al sanitario. All'estremo opposto dello spettro il medico espone al paziente le diverse opzioni terapeutiche, e sarà lui, infine, a decidere a quale cura sottoporsi. Questo modello, di tipo consumistico ed in cui il paziente ha ampia autonomia, è tipico della sanità privata laddove non vi sia urgenza. Il compromesso fra queste opposte polarità è la condivisione delle scelte: il medico informa il paziente sulle diverse opzioni e consiglia quella che ritiene in scienza e coscienza migliore. Infine, dopo aver discusso delle diverse possibilità, si concorda un programma terapeutico. La cooperazione fra medico e paziente non esclude che il medico influenzi la scelta del paziente, tuttavia la decisione finale è una decisione concordata e condivisa. Questo è forse l'aspetto più rilevante della scelta del paziente nella pratica psichiatrica, perché è in relazione diretta con la qualità della relazione terapeutica e deve tener conto dell'efficacia delle cure, secondo l'evidence based medicine, dell'incerta risposta terapeutica e della facoltà di autodeterminazione del paziente stesso.

Ma i pazienti desiderano davvero avere più possibilità di scelta nel loro trattamento individuale? Nel dibattito è facile perdere di vista questo punto fondamentale. Recentemente due studi hanno suggerito che i pazienti psichiatrici vorrebbero che il loro parere fosse ascoltato. Entrambi gli studi utilizzano l'Autonomy

Preferente Index (Ende et al., 1989), strumento validato ed affidabile, che misura il desiderio dei pazienti di essere informati e di partecipare alla scelta fra le diverse opzioni terapeutiche. Lo studio originale, che ha coinvolto 312 pazienti della medicina generale negli USA, ha evidenziato che per i pazienti è molto importante essere ampiamente informati, mentre non sono molto interessati a poter intervenire sulle scelte terapeutiche (Ende et al., 1989). In questo gruppo sono risultati più interessati a partecipare alla scelta delle cure i pazienti più giovani ed affetti da malattie di minor gravità. In Germania, utilizzando la stessa scala su un gruppo di 122 pazienti schizofrenici ospedalizzati, Harman e coll. (2005) hanno rilevato un desiderio di partecipazione alle scelte leggermente superiore a quello dei pazienti di medicina generale dello studio statunitense. Risultati analoghi sono stati anche presentati da Hill e Laugharne (2006), studiando un gruppo di 105 pazienti psichiatrici ambulatoriali in Inghilterra. In questo studio i pazienti hanno dato grande importanza alle informazioni sulla propria patologia e sui possibili trattamenti. Comunque nessuno studio suggerisce che i pazienti possano preferire l'approccio "centrato sul consumatore", in cui il medico espone i trattamenti possibili e il paziente sceglie in piena autonomia. La maggior parte dei pazienti preferisce collaborare col medico per decidere insieme quale trattamento intraprendere. Entrambi gli studi ribadiscono come i pazienti più giovani tendano a voler partecipare in maniera più incisiva alle scelte.

Ma quanta libertà hanno i paziente nella scelta delle cure? Uno studio qualitativo che prendeva in considerazione il rapporto fra pazienti e personale infermieristico nella medicina generale, nell'emergenza medica e in ambito psichiatrico, ha evidenziato che ai pazienti psichiatrici vengono offerte più scelte rispetto agli altri pazienti. Tali scelte sono per lo più limitate al luogo e all'ora dell'appuntamento, e non interessano la decisione fra diversi trattamenti (Rycroft-Malone et al., 2001).

Questi risultati sono simili a quanto si è evidenziato in altre branche della medicina: una recente *review* ha dimostrato chiaramente che i pazienti vogliono più informazioni, mentre il desiderio di essere coinvolto nella scelta del trattamento è variabile. Se da una parte i pazienti più giovani e con maggior scolarità tendono a chiedere un maggior coinvolgimento nella scelta della terapia, d'altra parte questi non sono gli unici fattori predittivi in presenza di una evidente ampia variabilità fra individui peraltro simili. Si sono anche evidenziate differenze culturali nei diversi stati; inoltre i pazienti in corso di malattia hanno opinioni diverse rispetto alla popolazione generale (Coulter & Ellins, 2006).

#### *4. Offrire più scelta migliora i risultati?*

Un aspetto importante del dibattito è se offrendo al paziente una più ampia possibilità di scegliere i propri trattamenti si vada ad influire sull'efficacia dei trattamenti stessi. Finora infatti l'importanza della partecipazione del paziente nelle scelte terapeutiche è stata considerata solo dal punto di vista etico, tuttavia se si dimostrasse che contribuisce a migliorare i risultati, l'importanza della libertà di scegliere ne risulterebbe

assai rinforzata. Si tende a pensare, intuitivamente, che i risultati possano essere migliori quando il paziente riceve una cura che sente appropriata. Questo è stato ampiamente dimostrato per quanto riguarda la psicoterapia, ma è anche stato evidenziato nella psichiatria clinica e nel trattamento di pazienti con disturbi gravi. Ad esempio è stato provato che considerare positivamente il trattamento prescritto migliora i risultati nelle terapie antidepressive (Priebe & Bröker, 1997), nei pazienti ospedalizzati con depressione (Priebe, 1987; Priebe and Gruyters, 1995a) e schizofrenia (Bröker et al., 1995), nei trattamenti in Day Hospital (Priebe & Gruyters, 1994) e in quelli ambulatoriali a lungo termine (Priebe & Gruyters, 1995b; Priebe & Bröker, 1999). Queste osservazioni naturalistiche evidenziano che l'opinione del paziente sulle cure è importante non solo per quanto riguarda la *compliance*, come era ovvio aspettarsi, ma va anche ad influenzare l'efficacia stessa dei trattamenti assunti. Le stesse ricerche non offrono in ogni caso alcuna indicazione su cosa succede se il paziente sceglie un certo trattamento o una specifica modifica della terapia.

Ci sono studi che mostrano come i pazienti depressi si affidino di più alle cure quando hanno la possibilità di sceglierle manifestando maggiore disponibilità ad iniziare il trattamento: in un *trial* su 742 pazienti depressi infatti un gruppo aveva la possibilità di scegliere fra psicoterapia e terapia psicofarmacologica, mentre il gruppo di controllo riceveva cure ordinarie, con possibilità di scelta limitata. I pazienti del primo gruppo hanno accettato le cure più del gruppo di controllo (rispettivamente 50% e 33% Dwight-Johnson et al., 2001).

In secondo luogo i pazienti sono meno inclini ad interrompere il trattamento: Rokke e coll. (1999) hanno studiato 40 pazienti sottoposti a due tipi di trattamento autogestito (comportamentale e cognitivo). Il gruppo che poteva scegliere fra i due trattamenti ha evidenziato meno *drop-out* rispetto a quello di controllo, in cui i pazienti si sottoponevano ad un trattamento assegnato, ma non si sono evidenziate differenze nei risultati, forse per il numero modesto di pazienti coinvolti.

Per quanto riguarda l'efficacia dei trattamenti vi sono ancora dubbi. Studi randomizzati sulle preferenze dei pazienti costituiscono un interessante sviluppo: infatti in questi studi si confrontano pazienti che hanno potuto scegliere la terapia con pazienti cui la terapia è stata assegnata random. Per quanto riguarda le preferenze dei pazienti psichiatrici, gli studi sono di scarsa potenza, e quindi non si è finora giunti a conclusioni chiare (Howard & Thornicroft, 2006). King e coll. (2005) hanno effettuato una revisione sistematica della letteratura scientifica sulla scelta dei pazienti in tutti i settori della medicina. Tale revisione ha suggerito che la scelta dei pazienti possa influire sull'*outcome*, ma gli studi più ampi e meglio organizzati non hanno evidenziato alcun effetto. In uno studio ben congegnato e parzialmente randomizzato sulla preferenza dei pazienti, un gruppo di pazienti depressi poteva scegliere se sottoporsi a psicoterapia oppure a terapia farmacologica, mentre ad un altro gruppo il trattamento è stato selezionato *random*. I pazienti che hanno scelto a quale trattamento sottoporsi non hanno mostrato miglioramenti superiori a quelli assegnati casualmente all'una o all'altra terapia.

Prendendo in considerazione altri studi emerge un quadro eterogeneo. Alcuni sostengono che offrire possibilità di scelta ai pazienti sia associato ad un miglioramento dell'*outcome*. Devine and Fernald (1973) hanno rilevato un effetto positivo del poter scegliere una terapia comportamentale in 16 pazienti affetti da fobia dei serpenti, se paragonati ad un gruppo di 16 pazienti che non avevano la possibilità di scegliere il trattamento. In uno studio su pazienti con abuso alcolico (Kissen et al., 1971), i soggetti che potevano scegliere hanno tratto maggior beneficio di quelli che non potevano, mentre altri studi non hanno evidenziato alcun effetto positivo. In uno studio su pazienti con dipendenza da cocaina, un campione poteva scegliere fra psicoterapia individuale e di gruppo, mentre il gruppo di controllo non aveva la possibilità di scegliere il trattamento cui sottoporsi. Non si sono evidenziate differenze nell'*outcome*, anche se, stranamente, gli autori non hanno enfatizzato che, nove mesi dopo, i pazienti che avevano avuto la possibilità di scegliere facevano un uso di cocaina meno frequente rispetto all'altro gruppo (Sterling et al., 1997). In uno studio su pazienti psicotici ai quali era imposto un trattamento a livello territoriale, i pazienti che potevano scegliere fra diverse opzioni terapeutiche non mostravano miglioramenti superiori al gruppo che non poteva scegliere (Calsyn et al., 2000). Gli autori di questo studio ipotizzano che pazienti affetti da patologia meno severa possano beneficiare maggiormente della possibilità di scegliere la propria terapia rispetto a pazienti con una patologia a prognosi peggiore; non vi sono tuttavia prove consistenti a sostegno di tale ipotesi.

Un altro studio randomizzato ha coinvolto un gruppo di pazienti in Day Hospital (Priebe & Gruyters, 1999). È stato chiesto al gruppo studiato quali cambiamenti desiderassero apportare al loro programma terapeutico, mentre tale scelta non è stata proposta al gruppo di controllo. Sono emersi tre fatti interessanti: in primo luogo i cambiamenti desiderati sono stati molto modesti, solo piccoli aggiustamenti al loro programma terapeutico. In secondo luogo lo staff ha avuto difficoltà a venire incontro a tali modeste richieste. Infine l'impatto sul trattamento è stato favorevole, in termini di disponibilità alle cure, di funzionamento autovalutato e di sintomi misurati secondo la BPRS.

Coulter and Ellins (2006), nella loro revisione della letteratura sulla condivisione delle scelte in medicina, concludono che una reale condivisione è abbastanza rara, e le iniziative per promuoverla sono scarsamente supportate. Sono stati identificati meccanismi per migliorare la condivisione delle scelte (formazione dei medici per migliorarne le capacità comunicative, incoraggiamento dei pazienti), tuttavia gli autori stessi riconoscono che nessuno di questi si è dimostrato in grado di migliorare l'efficacia terapeutica.

##### 5. *La reciprocità della scelta: la scelta del clinico*

Per facilitare la scelta da parte del paziente bisogna riconoscere che vi è la necessità di una scelta reciproca da parte del medico. In molti sistemi sanitari pubblici infatti il medico segue pazienti secondo un criterio geografico, e non può selezionare o scegliere di quali pazienti occuparsi. I servizi territoriali sono



obbligati ad accettare tutti i pazienti del loro bacino d'utenza, secondo il principio della settorializzazione e di assistenza sanitaria territoriale generalista, e questo al fine di garantire che i casi più complessi – e spesso cronici – non vengano reindirizzati altrove, finendo per ricevere un trattamento qualitativamente inferiore. Pertanto, all'interno di questi sistemi, la possibilità di scegliere è di fatto negata tanto al medico quanto al paziente. Se i pazienti potessero scegliersi il curante, quest'ultimo dovrebbe essere motivato a farsi scegliere, ed accettare il paziente. Un contratto terapeutico di questo tipo sarebbe probabilmente più complesso di quanto sembri a prima vista, perché molti medici sarebbero restii a farsi scegliere da pazienti difficili da curare.

### Trattamenti diversi per pazienti diversi

Un principio basilare dell'assistenza sanitaria contemporanea è che pazienti differenti richiedono trattamenti differenti. Se l'*evidence based medicine* può contribuire ad impostare un trattamento, è pur vero che non tutti i pazienti in una determinata categoria diagnostica trarranno beneficio dalla medesima cura. La scelta della cura più adatta può essere influenzata da fattori quali la genetica, lo stile di vita del paziente, la disponibilità materiale dell'uno o dell'altro presidio terapeutico, le capacità del medico e le preferenze del paziente. Quest'ultimo fattore riporta in primo piano il problema della possibilità di scelta del paziente.

Un interessante aspetto della scelta del paziente circa il proprio trattamento è come questa possibilità interagisca con l'effetto placebo. L'effetto placebo in ambito psichiatrico è infatti di grande rilevanza (come peraltro in molte altre branche della medicina) ed è influenzato dalla fiducia che il medico ripone nella cura e da come questa viene comunicata al paziente. (Kirsch, 2006). Prescrivere un farmaco ritenuto inefficace al solo fine di sfruttarne l'effetto placebo, è contrario alla deontologia medica, poiché costituisce un inganno al paziente. Ciò che è chiaro invece è che molti farmaci sono efficaci perché sia medico che paziente hanno fiducia in tali cure, ed utilizzano così proprio l'effetto placebo. Se un paziente scegliesse una terapia che il medico ritiene inefficace, l'efficacia derivante dall'effetto placebo andrebbe perduta.

Nel trattamento individuale la possibilità di scelta da parte del paziente può essere resa più agevole utilizzando appositi strumenti ausiliari alla scelta terapeutica, specifici per l'ambito psichiatrico. Sviluppare tali strumenti finalizzati al trattamento individuale implica una serie di operazioni. Il paziente infatti deve poter accedere alle informazioni che ritiene utili prima, durante e dopo la visita psichiatrica. Potrebbe essere possibile valutare il tasso di risposta alle cure con delle indagini genetiche. Le conclusioni delle ricerche scientifiche dovrebbero essere discusse e valutate col paziente. Il rapporto rischio/beneficio e la possibilità di effetti imprevedibili dovrebbero essere posti in discussione nel corso della visita. Le preferenze del paziente dovrebbero essere tenute nella debita considerazione valutando insieme a lui le diverse opzioni. Bisognerebbe tenere in considerazione quali terapie sono effettivamente disponibili a livello locale. Infine

sarebbe importante esplicitare e riconoscere le pressioni tese a persuadere o costringere il paziente, come – ad esempio – la possibilità di un futuro trattamento obbligatorio (Elwyn, 2005)

## Conclusioni

Il termine “scelta” del paziente è stato utilizzato in modi diversi. Per questo è importante, quando se ne parla, distinguere bene fra gli aspetti etici dell'autonomia di scelta, gli aspetti economici in un modello liberistico di assistenza sanitaria e, nell'ambito di uno specifico percorso terapeutico, la cooperazione fra medico e paziente nel processo decisionale. Il primo è un importante argomento di dibattito civile, poiché riguarda i diritti umani di un gruppo di persone che, in passato, è stato spesso limitato nella propria facoltà di autodeterminarsi. Il secondo è invece un problema di natura politica che interessa governi, studiosi di economia sanitaria e dipendenti dei servizi sanitari. Il terzo è un fattore cruciale in ogni relazione medico-paziente, e come tale deve essere affrontato, studiato e messo in pratica dagli psichiatri. Allo stato dell'arte emerge che i pazienti con patologia psichiatrica grave vogliono essere ampiamente informati sulla loro malattia e sulle possibili cure. Soprattutto i pazienti più giovani vogliono, al di fuori di condizioni di emergenza, poter esprimere il proprio parere riguardo alle cure, per lo più concordando le terapie con il proprio medico piuttosto che sceglierle in completa autonomia.

Rispetto alla terminologia, si dovrebbe porre una distinzione fra i diversi usi della parola “scelta”: da un lato è utilizzata nel dibattito politico sull'aumento del numero e la privatizzazione dei servizi di assistenza sanitaria con una connotazione consumistica; dall'altro si riferisce alla cooperazione fra medico e paziente nel progetto terapeutico, che non si riduce ad una mera scelta consumistica fra diverse opzioni predefinite. In assenza di una chiara distinzione fra questi due aspetti si corre il rischio che quanto è emerso a favore della condivisione delle scelte venga inappropriatamente utilizzato per sostenere una frammentazione o privatizzazione dei servizi di assistenza.

Offrire una maggior scelta ai pazienti può contribuire ad una più efficace presa in carico, tuttavia la ricerca non ha ancora chiarito inconfutabilmente quale effetto possa avere sull'*outcome*. Inoltre non sono del tutto chiari i fattori coinvolti: se i trattamenti prescritti coinvolgendo il paziente nel processo decisionale siano diversi e più efficaci di quelli che avrebbe prescritto lo psichiatra da solo, oppure se offrire al paziente una scelta contribuisca ad instaurare una migliore relazione medico-paziente, fattore terapeutico non-specifico (Priebe & McCabe, 2006), o entrambi .

In psichiatria, come peraltro nelle altre branche della medicina, non sono state intraprese azioni sistematiche tese a favorire e stimolare la condivisione della scelta delle cure, nonostante tale progetto possa essere pienamente giustificato sulla base delle attuali conoscenze. Si potrebbero ad esempio offrire al paziente materiali informativi e di supporto alla scelta delle cure, stimolarlo ad esprimere le proprie opinioni in merito, e formare gli psichiatri per migliorarne le capacità comunicative.

Considerando pazienti affetti da gravi disturbi psichici, concordare con loro le cure avrà sicuramente effetti specifici, simili a quelli presenti in ogni altro ambito sanitario, ma forse anche alcuni effetti specifici, in considerazione dei frequenti trattamenti obbligatori e della peculiarità dei loro sintomi e dei loro disturbi. Il percorso verso una reale condivisione della scelta è ampiamente variabile in funzione del background, delle personalità e delle preferenze del paziente e del medico, del contesto terapeutico e della tipologia delle decisioni. Poiché non vi sono ancora studi su come raggiungere questi obiettivi e su come offrire al personale sanitario la necessaria formazione, il concetto di "scelta del paziente" sarà basilare nelle future ricerche.

## **Bibliografia**

Bedi N., Chilvers C., Churchill R., Dewey M., Duggan C., Fielding, K. et al (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care: partially randomised preference trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 312-18.

Bröker M., Röhricht F., Priebe S. (1995) Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia: A predictor of *outcome*. *Psychiatry Research*, 58, 77-81.

Calsyn R.J., Winter J.P., Morse G.A. (2000) Do consumers who have a choice of treatment have better *outcomes*? *Community Mental Health Journal*, 36, 149-160.

Coulter A. (2003). *The autonomous patient: ending paternalism in medical care*. The Nuffield Trust, TSO: London.

Coulter A & Ellins J (2006). Patient focussed interventions: a review of the evidence. The Health Foundation and Picker Institute Europe, London.

Devine D.A. & Fernald P.S. (1973) *Outcomes* effects of receiving a preferred, randomly assigned or nonpreferred therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 104-7.

Dwight-Johnson M., Unutzer J., Sherbourne C., Tang L., Wells K. (2001). Can quality improvement programmes for depression in primary care address patient preferences for treatment. *Medical Care*, 39, 934-44.

Elwyn G (2004). Arriving at the postmodern medical consultation. *European Journal of General Practice*, 10, 93-7.

Ende J., Kazis L., Ash A., Moscovitz M (1989) Measuring patients' desire for autonomy. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 23-30.

- Entwistle V.A., Skea Z.C., & O'Donnell M.T. (2001). Decisions about treatment: interpretations of two measures of control by women having a hysterectomy. *Social Science and Medicine*, 53, 721-732.
- Hamann J., Leucht S., Kissling W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403-9.
- Hamman J., Cohen R., Leucht S., Busch R., & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2382-2384.
- Howard L & Thornicroft G (2006). Patient preference randomised controlled trials in mental health research. *British Journal of Psychiatry* 188: 303-304.
- Hill S.A. & Laugharne, R. (2006). Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health*, 15: 75-84.
- King M, Nazareth I, Lampe F, Bower P, Chandler M, Morou M, Sibbald B, Lai R (2005). Impact of participant and physician intervention preferences on randomised trials- a systemic review. *Journal of the American Medical Association* 293:1089-99.
- Kirsch I (2006). Placebo: the role of expectancies in the generation and alleviation of illness. In *The Power of Belief*, eds Halligan P and Aylward M, OUP, Oxford.
- Kissen B., Platz A., Su W. (1971) Selective factors in treatment choice and *outcome* in alcoholics. In *Recent advances in studies of alcoholism*, pp 781-802, eds N Mello and J Mendelson, US Government Printing Office, Washington DC.
- Laugharne R & Priebe S (2006). Trust, choice and power- a literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, in press.
- Manthei R.J., Vitalo R.L., Ivey A.E. (1982) The effect of client choice of therapist on therapy *outcome*. *Community Mental Health Journal*, 18, 220-227.
- Priebe S. (1987) Early subjective reactions predicting the *outcome* of hospital treatment in depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 134-138.
- Priebe S. & Bröker M. (1997) Initial response to active drug and placebo predicts *outcome* of antidepressant treatment. *European Psychiatry*, 12, 28-33.

Priebe S. & Bröker M. (1999) Prediction of hospitalizations by schizophrenia patients' assessment of treatment: an expanded study. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 113-119.

Priebe S. & Gruyters T. (1994) Patients' and caregivers' initial assessments of day-hospital treatment and course of symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 234-238.

Priebe S. & Gruyters T. (1995) Patients' assessment of treatment predicting *outcome*. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 87-94.

Priebe, S. & Gruyters T. (1995) The Importance of the first three days - Predictors of treatment *outcome* in depressed in-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 229-236.

Priebe S. & Gruyters T (1999). A pilot trial of treatment changes according to schizophrenic patients' wishes. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 441-3.

Priebe S. & McCabe R. (2006) The Therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, Supplement 429, 69-72.

Rokke P.D., Tomhave J.A., Jovic Z. (1999) The role of client choice and target selection in self management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging*, 14, 155-69.

Sterling R.C., Gottheil E., Glassman G., Weinstein S.P., Serota R.D. (1997) Patient treatment choice and compliance: data from a substance misuse programme. *American Journal of Addiction*, 6, 168-76.

Warner L, Mariathasan J, Lawton-Smith S, Samele C (2006). *Choice Literature Review*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health and King's Fund.