

IL CONSENSO INFORMATO IN PSICHIATRIA

Francesco Tucci © 2006 sul Web

1 Introduzione

La attività medica è sempre più legata ai concetti di rispetto del malato, dei suoi diritti, della sua consapevolezza, nonché della affidabilità comportamentale, oltre che tecnica, del medico.

Aggiungasi che negli ultimi anni sono mutati l'atteggiamento dei pazienti, le norme deontologiche e giuridiche ed il complesso delle consuetudini che hanno regolato sinora il rapporto medico-paziente, atteggiamento che ha determinato un vertiginoso aumento della conflittualità tradottasi in un brusco innalzamento delle cifre relative alle vertenze per responsabilità professionale.

Il 1997 ha prodotto in Italia un disavanzo delle compagnie di assicurazione di circa 500 miliardi (250 incassati per premi, 750 sborsati per coprire i rischi assicurati).

Che trattasi di un mutamento di atteggiamento e non di altro è confermato dal fatto che questo livello di conflittualità si è raggiunto proprio in un momento in cui la medicina è capace di offrire ai pazienti il più alto livello di capacità professionale e tecnologica e la "sicurezza sociale" copre gratuitamente tutti i rischi gravi di salute che possono presentarsi nella vita di un cittadino.

Dobbiamo convincerci che in questo momento storico sta montando verso la classe medica una sorta di diffidenza ed una disaffezione che porta a ritenere il sanitario colpevole di ogni mancata guarigione e colpevole anche di aver tenuto nel rapporto con il paziente o con i suoi familiari un atteggiamento non conforme alle norme deontologiche e giuridiche.

1.1 Un po' di storia

La filosofia Pitagorica ed il successivo corpo Ippocratico consacravano il diritto del medico di non far partecipare il malato delle sue condizioni di salute e del tipo di terapia che egli intendesse intraprendere, contegno dogmatico sanzionato in seguito da Galeno che per molto tempo fu presente nelle regole della professione.

Nel Medio Evo Henry de Mondeville, sposando in pieno la tradizione ippocratica, asseriva che nulla dovesse essere rivelato al paziente al quale però era sempre dovuta una promessa di guarigione. I pazienti comunque erano sempre tenuti alla stretta osservanza delle disposizioni del medico.

Fu solo nel tardo 1700, con l'avvento del pensiero illuministico, ad opera di Benjamin Rush, che iniziò una sorta di demistificazione della medicina e conseguentemente il riconoscimento della opportunità di dare al paziente informazioni circa il suo stato di salute e sulla terapia in atto. Ciononostante il principio che informava questo comportamento non era dettato dal riconoscimento del diritto di autodeterminazione dell'uomo, bensì dalla convinzione che la consapevolezza del malato potesse determinare un beneficio terapeutico. L'operato e le decisioni del medico rimanevano comunque indiscutibili.

Siamo ormai agli albori della teorizzazione della cosiddetta **alleanza terapeutica** degli autori anglofoni (therapeutic alliance).

Pochi anni dopo Thomas Percival pubblicò un fondamentale lavoro che fu la base del primo codice di deontologia medica della American Medical Association (1847).

In esso era codificato il diritto del malato alla informazione pur persistendo il diritto del medico alla "benevolent deception", inganno caritatevole, nei casi di prognosi sfavorevoli. Ci vollero le edizioni del 1957 e quella immediatamente successiva del 1980 per giungere, secondo l'American Medical Association, alla teorizzazione moderna dell' **informed consent**.

Furono il processo e la sentenza di Norimberga e la dichiarazione di Ginevra del 1948 ad introdurre internazionalmente il principio del diritto del malato alla autodeterminazione ripreso ormai da tutti i codici di deontologia medica.

Dunque quello che un tempo era considerato un affidamento cieco e fiducioso del proprio stato di salute al medico, curante o specialista che fosse, si è trasformato in quello che oggi viene indicato come "alleanza terapeutica" medico-paziente cui si giunge correttamente, sotto il profilo deontologico, giuridico e medico-legale, una volta posta da parte del medico la diagnosi, con la dettagliata informazione della situazione sanitaria, delle vie ritenute necessarie per correggere le anomalie o eliminare i fattori patologici, con la spiegazione della scelta terapeutica, con la prospettazione dei rischi, con la elencazione di possibili vie terapeutiche alternative.

In altre parole il medico deve ottenere la fiducia del paziente e quindi il consenso ad agire col comunicare - oltre la diagnosi - la sua proposta terapeutica, motivandone peraltro la scelta.

Ciò comporta non solo una "perdita di potere" da parte del medico, ma costituisce una forma di aggravio dei costi di gestione, sia nel pubblico che nel privato, a causa del dovere di dare - quasi sempre personalmente - informazioni, accertarsi che esse siano state comprese, dare tempo al paziente di meditarci, raccogliere in un momento successivo il suo eventuale consenso.

Tale iter, che potrebbe sembrare "a latere" della attività sanitaria vera e propria, è invece parte integrante dell'atto medico, essendone legalmente perseguibile la eliminazione o soltanto l'incuria nel seguire correttamente la sua impostazione.

Il cambio di mentalità imposto dalla ormai consolidata impostazione giuridica e giurisprudenziale appare penalizzante per il medico di vecchia impostazione culturale, abituato ad essere libero delle sue scelte e degli eventuali cambiamenti di rotta, ma non può in alcun modo essere sottovalutato a meno di non voler incorrere in rischi aggiuntivi e dolorosi contenziosi.

La attuale condizione etico-deontologico-giuridica non deve comunque essere vissuta come una frustrazione, ma deve essere affrontata nello spirito ippocratico di ricerca più attenta della fiducia e del consenso. Se nel tempo, per motivazioni diverse delle quali non ci sentiamo in questa sede di analizzare le cause remote, il carisma del medico onnipotente è venuto meno, questa deve essere una occasione per riconquistare non il potere sconfinato, ma il carisma che merita l'uomo al servizio della società e dei suoi simili.

Sotto il profilo psicologico, poi, il medico, il chirurgo o lo psichiatra debbono ricercare nelle richieste del paziente le motivazioni recondite che lo portano spesso a richiedere prestazioni.

Se prendiamo il caso della chirurgia plastica, il chirurgo deve scoprire nella richiesta della ricostruzione di un seno o della correzione del profilo di un naso la richiesta subcosciente del richiedente il quale in realtà non vuole un intervento finalizzato ai problemi del seno o del naso, ma vuole, dall'intervento, acquisire una migliore sicurezza personale, una maggiore autostima estetica.

Vuole sentirsi più presentabile, attraente, seducente.

Sempre nella chirurgia di carattere estetico, il medico specialista deve essere ben certo che la richiesta non provenga da una situazione nevrotica che finisce con far pensare al paziente che la sua insoddisfazione dipenda dalla forma del naso, dalla presenza di qualche ruga, di una miopia che lo obbliga a portare occhiali o da un eccesso di peso.

In questo caso la corretta conclusione della terapia chirurgica darà un miglioramento temporaneo, ritornando il paziente ad avere la stessa sintomatologia nevrotica, forse anche peggiorata dalla delusione di non essere riuscito nell'intento, cosa che causerà insoddisfazione e possibile inizio di

un contenzioso con il terapeuta, mentre egli dirigerà la sua attenzione verso altri possibili organi bersaglio.

Il momento della informazione deve assumere un ruolo in cui si stabilisca la "COMUNICAZIONE" tra medico e paziente, come meglio esplicheremo in seguito, che segua una direzione alternante medico-paziente e paziente-medico al fine di informare e comprendere, stabilire e verificare il consolidarsi di una empatia col soggetto in terapia ed assolvere così al dovere deontologico-giuridico che permetterà l'espressione di un consenso valido, ma anche permettere al medico di penetrare le reali intenzioni del paziente, poter effettivamente proporre un giusto trattamento od, al limite, rifiutare la prestazione.

E' questo il momento in cui ha la sua più alta espressione il cosiddetto **rapporto medico-paziente**, che segue regole deontologiche ben precise, ma che istaurandosi al momento della comunicazione finalizzata alla informazione deve mantenersi sui binari tracciati dagli estensori dei codici deontologici - da Ippocrate ai tempi nostri.

La giurisprudenza annovera come attività negligente, quindi colposa, la mancanza di una informazione espressa in maniera chiara e soprattutto comprensibile dal paziente il quale può avere un livello intellettuale e culturale insufficiente, ma non per questo deve essere tenuto all'oscuro delle sue condizioni di salute e del programma terapeutico del medico.

Non è giuridicamente lecita, nella più gran parte dei casi, la scriminante di aver fornito una informazione incompleta al fine di non ingenerare angosce o paure nel paziente, sentimenti che potrebbero compromettere l'accettazione della terapia, pur se detto comportamento venga posto in essere a fin di bene, al fine cioè di far accettare al paziente un trattamento indilazionabile. Tale assunto giuridico appare dal punto di vista squisitamente medico non completamente condivisibile.

Vedremo in seguito come si manifestino perplessità anche tra i giuristi.

Dice Anna Maria Principalli, che è uno dei maggiori teorici dell'argomento "responsabilità professionale", nel suo libro "La responsabilità del medico":

"Da un lato il medico può reputare opportuno tacere al malato i rischi del trattamento, per evitare angosce e paure che possano compromettere la guarigione, dall'altro i giudici potrebbero riconoscere nella decisione del medico una colpa per il fatto di non aver adeguatamente informato l'interessato sulle conseguenze pregiudizievoli cui veniva esposto".

Non valgono comunque le generiche dichiarazioni, anche scritte, ancora in uso in molti nosocomi, di acconsentire a qualsiasi trattamento medico e chirurgico che i sanitari dell'ospedale ritengano di dover praticare.

L'informazione - personalizzata, corretta, esaustiva e ben compresa - è la base su cui poggerà la validità del consenso, atto indispensabile perché un medico possa iniziare la sua attività terapeutica, sia essa di natura clinica, che farmacologica e chirurgica.

Il diritto del malato a decidere in piena coscienza e libertà se, da chi e come farsi curare discende d'altronde da un dettato costituzionale. L'art.32 della nostra Carta costituzionale recita appunto "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Contro o in assenza di una volontà esplicita del paziente è lecito solo intervenire se ne va della sua vita o dell'integrità fisica. Concettualmente il legislatore ha considerato difatti il bene della vita come prioritario rispetto al diritto di autodeterminazione. Sempre l'art. 32 della Costituzione, considera la tutela della salute oltre che come fondamentale diritto dell'individuo, anche come interesse della collettività.

Vedremo come alcune malattie di competenza psichiatrica, così come malattie contagiose e pratiche di vaccinazione, possano rientrare nella esimente prevista dalla Costituzione.

L'informazione è dunque un atto medico diligente che il paziente valuterà e su cui formerà il suo convincimento, quindi formulerà il consenso.

E' per questo che il termine, universalmente entrato nel vocabolario giuridico, di "consenso informato" è leggermente fuorviante perché fa apparire l'obbligo come un atto unico ed unitario, sia formalmente che temporalmente.

I due momenti, quello della informazione e quello del consenso debbono essere invece disgiunti perché il paziente, una volta ricevute le informazioni deve avere la possibilità di meditare, valutare la proposta terapeutica prima di formalizzare il tempo successivo, quel consenso che darà giuridicamente via libera alla azione del medico.

Noi abbiamo sempre preferito separare i due termini e parlare di "INFORMAZIONE E CONSENSO" anziché di consenso informato.

Il CONSENSO è il conferimento al medico del potere di agire con mezzi terapeutici, farmacologici, chirurgici o psicologici contro un proprio stato patologico.

Esso è giuridicamente valido se dato da persona capace, informata e pienamente consapevole del significato dell'atto che il terapeuta andrà a compiere sulla sua persona.

2 La natura giuridica del consenso

La volontà del paziente assume forza centrale nella valutazione della liceità o illiceità dell'intervento curativo ed assume forma giuridica nella formulazione del **consenso**.

La costruzione teorica italiana della formalizzazione del consenso non ha trovato sinora una rigidità metodologica come nella dottrina tedesca. La giurisprudenza di questo Paese, difatti, ha dimostrato un estremo rigore nel legare alla completezza della informazione, e quindi al consenso, la liceità di ogni atto medico nel senso che la volontà positiva del paziente, e la sua libera decisione,

verrebbero interpretate come unico atto capace di togliere antigiuridicità all'azione "lesiva" del trattamento terapeutico.

La dottrina francese riconosce invece quasi un collegamento "funzionale" tra l'obbligo del medico di rispettare la libera decisione del paziente e quello della salvaguardia della sua salute.

Il problema fondamentale nel dare regole al rapporto giuridico professionale tra medico e paziente sta nella oscillazione interpretativa della norma: se collocarlo, cioè, nella categoria dei "**negozi giuridici**", quindi nel novero dei contratti o dare a questo un insieme di regole capaci di configurare la validità o la illiceità dell'intervento terapeutico legandolo ad un "**atto giuridico**", collegato strettamente alla libera volontà del paziente.

Questo secondo schema, che trova origine nella dottrina tedesca, va assumendo ruolo fondamentale anche in quella italiana e tende a configurare il **consenso** all'intervento come un atto giuridico in senso stretto.

I fautori della tesi che vorrebbe attribuire al consenso natura e caratteri di un negozio giuridico muovono dalla considerazione che in esso si ravvisa una **manifestazione di volontà** rivolta alla realizzazione di uno scopo lecito e quindi di un effetto giuridico, consistente nella attribuzione al professionista medico di un mandato a curare, sempre verificabile e sempre revocabile.

Dato che l'esercizio di un diritto non può mai configurarsi come comportamento illecito, il consenso escluderebbe l'antigiuridicità penale ed ogni responsabilità civile.

La linearità della teorizzazione trova anche un valido alleato nella sua praticità di applicazione poiché al consenso potrebbero essere estese tutte le regole proprie del negozio giuridico (vizio di volontà, capacità ecc.).

Più recentemente però, anche per la necessità di approfondire le categorie giuridiche oltre il dogma, tenendo cioè in debito conto le realtà sociali, politiche e culturali entro cui si è chiamati ad operare, la concezione dell'identità col negozio giuridico ha progressivamente perduto i favori dei

teorici. E le cause di critica più frequenti hanno proprio riguardato la disciplina della valutazione dei vizi del volere e della capacità di consentire.

La capacità di fornire correttamente una dichiarazione di volontà è difatti dominata nel negozio giuridico da elementi di certezza che corrispondono alla capacità/incapacità legale, alla incapacità di fatto ed alla facile rilevanza della capacità di intendere e di volere del minore e dell'interdetto.

L'atto di consenso ad operare sul proprio corpo muove invece dalla esigenza di slegare il consenziente dalle rigide regole giuridiche della capacità.

Non si terrebbe, secondo la prima tesi, in debito conto della possibilità di un minore di esprimere validamente, proprio perché trattasi di atti destinati ad incidere sulla propria persona, il suo consenso/dissenso. Lo stesso discorso potrebbe divenire valido per gli incapaci legali, per gli interdetti.

Da queste considerazioni nascerebbe la necessità di dedicare al capitolo del consenso una dignità a se stante, svincolata dalla disciplina del negozio giuridico.

Come vedremo, anche il collocamento del consenso nella categoria dell'atto giuridico trova fautori e scettici.

Secondo i fautori il consenso non si tradurrebbe, per i soggetti, nell'assunzione di diritti e doveri, ma in una semplice autorizzazione a svolgere sul proprio corpo una attività terapeutica. Ne discenderebbe un minore vigore nella espressione di volontà. Dato che per gli atti giuridici si considerano sufficienti requisiti di capacità e di volontà diversi e minori che per i negozi, ne deriva che, ai fini della validità del consenso ad un trattamento terapeutico dovrebbero operare criteri di minore rigidità e sostanzialmente analoghi a quelli stabiliti, in materia di imputabilità, nel settore dell'illecito e in quello del reato.

Tale tesi però è facile critica da parte di coloro che individuano in tale autorizzazione uno dei possibili modi con cui si manifesta l'autonomia dei privati e quindi il ritorno al negozio giuridico.

Il peso e la consistenza dell'elemento volitivo, per la delicatezza e l'importanza delle conseguenze, non potrebbero essere inferiori a quelli previsti per l'istituto del negozio giuridico: nella manifestazione del consenso ad un atto terapeutico invasivo questi superano addirittura il livello previsto per gli atti negoziali. E' difatti ben diverso il grado di idoneità a rappresentare gli effetti di un comportamento che potrebbe essere lesivo di interessi altrui, altro è la completezza necessaria per operare una scelta valida in merito a consentire o meno un intervento medico sulla propria persona. La differenza starebbe solo nel modo di valutare il grado di maturità del soggetto e quindi la sua capacità ad esprimere un consenso valido.

Se, dall'analisi appena fatta, risulta evidente che l'istituto del consenso trova ragioni di contrasto nella sua collocazione tra il negozio giuridico e l'atto giuridico in senso stretto sembra percorribile una terza via che porterebbe a catalogare il consenso come **negozio giuridico sui generis**, qualificazione che appare oggi la più consona a definire una dichiarazione di volontà con cui il paziente dispone coscientemente del diritto di inviolabilità del proprio corpo accettando l'esercizio di una attività che potrebbe essere giudicata come lesiva.

In linea con questa tesi sono peraltro una serie di circostanze giuridiche che vanno dal consenso alla diffusione della propria immagine, alla idoneità del minore a concludere un contratto di lavoro ad alcune situazioni che interessano la sfera sanitaria quali gli atti di disposizione del proprio corpo (art.5 del cc) le norme relative alla libertà sessuale ed all'interruzione di gravidanza.

In altre parole, il minor vincolo che la qualificazione del consenso assume nella formula del negozio sui generis permette una maggiore apertura riguardo ai problemi della manifestazione e dei requisiti del consenso accettando soluzioni non dogmaticamente ristrette da un rigido modello teorico.

La individuazione del bene protetto tramite il consenso e conseguentemente del ruolo attribuito alla volontà del paziente è fondamentale nella qualificazione della liceità o meno dell'atto terapeutico.

Sono evidenti le implicazioni che possono prospettarsi in tema di capacità del paziente a prestare il proprio consenso. E' fondamentale che, secondo tali premesse, il medico debba rispettare il dissenso del malato anche quando questi non abbia raggiunto la pienezza delle sue possibilità intellettive e volitive. Soltanto un consenso proveniente da soggetto in possesso di piene capacità decisionali toglie all'atto medico la caratteristica della antigiuridicità . Occorrerà inoltre che detto consenso si basi sulla esatta conoscenza della situazione sanitaria in ogni suo aspetto. Il paziente deve decidere senza ignorare la natura, la gravità, la prognosi ed i possibili esiti che l'atto terapeutico prospetta per la sua malattia. Dovrebbe spettare al medico prendere l'iniziativa nell'informare il paziente indipendentemente da una sua esplicita richiesta. Egli ha il dovere di correggere una errata rappresentazione della realtà e deve curarsi perché la determinazione di volontà del paziente si formi sempre in assenza di dubbi e immune da vizi. Solo attraverso la perfetta conoscenza della situazione da parte del paziente è possibile giustificare un abbassamento del livello dei requisiti richiesti per attribuire validità al consenso; ciò comporta anche l'accoglimento di soluzioni meno formali nella manifestazione di volontà e comunque tali che si distacchino dalle regole valide all'interno dello schema del negozio giuridico atto di consenso non formalizzato; consenso presunto o implicito nella stessa richiesta di prestazione d'opera).

Emergono pertanto i tratti distintivi che caratterizzano una linea interpretativa che giudica **legittimo il trattamento salvo dissenso** dall'altra teorizzazione in cui l'atto medico è valutato come una **lesione, scriminabile solo col consenso del paziente.**

I due orientamenti comporterebbero una differente disciplina in tema di informazione. Qualora il medico fosse considerato obbligato ad assumere la iniziativa per verificare e promuovere la conoscenza dei fatti collegati all'atto terapeutico (seconda ipotesi) l'intervento medico si configurerebbe sempre come un potenziale illecito valutato cioè alla stregua di una attività vietata. E' solo in forza di queste condizioni che il medico in quanto soggetto che pone in essere un comportamento invasivo sarà ritenuto responsabile di illustrare al paziente la situazione in ogni suo aspetto specificando le ragioni che a suo parere rendono utile o indispensabile l'atto terapeutico.

Spetterà comunque al paziente l'onere di dimostrare di non aver ricevuto sufficienti informazioni o di non averne ottenute in misura adeguata alla formazione della consapevolezza che lo ha portato ad esprimere un consenso.

In questa diversità di opinioni non vanno tralasciati alcuni rilievi di ordine pratico:

- Non sarà facile individuare il grado di consapevolezza del paziente e di conoscenza approfondita della situazione clinica, che si tramuta giuridicamente nella capacità a prestare il proprio consenso.
- Il giudice si trova ad operare in un momento di contenzioso, nel quale, ovviamente il paziente sosterrà di non aver ricevuto informazioni valide mentre il medico sarà pronto a testimoniare il contrario. Spesso il rapporto personale medico/paziente si esaurisce in un colloquio senza testimoni.
- Trasferire sul medico la totale responsabilità della capacità del paziente a prestare consenso può tradursi in un freno alla attività terapeutica, specie chirurgica.
- E' parimenti difficile, per non dire impossibile per il medico, avere consapevolezza della comprensione piena del paziente, quando le informazioni debbono necessariamente entrare in una sfera a lui non usuale.

Nonostante i dubbi e le diversità dottrinali, il regime di **negozio giuridico sui generis** a noi sembra il più appropriato ad un inquadramento teorico. Questa collocazione permette anche di non assumere schemi rigidi comportamentali, dal momento che estremamente elastici appaiono il livello di comprensione del paziente ed il suo conseguente grado di capacità, cose che andranno valutate da caso a caso senza la falsariga di schematismi precostituiti.

Pertanto potremo dire che, dal punto di vista strettamente giuridico il consenso è un negozio giuridico che si contrae al momento tra medico e paziente; ma è anche un contratto professionale che distingue il creditore dal debitore attribuendo a ciascuno diritti e doveri ben catalogati.

Informazione e consenso, nella loro forma attuale, sono diritti giurisprudenziali derivando dalle sentenze e dalle interpretazioni che di detti atti hanno fatto le corti italiane.

Il diritto vigente prevede comunque che il paziente che si accinge ad un determinato trattamento medico o chirurgico sia informato preventivamente circa le modalità di attuazione e i rischi ad esso connessi, onde fornire consenso all'opera del sanitario.

Informazione e consenso che una volta non erano considerati di primaria importanza se non nella chirurgia, oggi sono in evidenza anche nella medicina di tutti i giorni, quella ambulatoriale.

Né, d'altro canto, il medico può fornire una informazione incompleta al fine di evitare angosce e paure nel paziente che possano compromettere la accettazione dell'atto diagnostico-terapeutico poiché in caso di infortunio i giudici potrebbero rilevare nel comportamento del medico una colpa per difetto di informazione.

La spersonalizzazione del rapporto tradizionale medico-paziente conseguenza della medicina di équipes non esime chi di dovere dall'assicurare al malato i diritti riconosciuti per legge.

E' talmente abituale difatti la presunzione di tacita accettazione del trattamento di un paziente solo perché ricoverato presso un reparto ospedaliero, al punto che anche il più scrupoloso dei medici finisce per dimenticare questo suo pur importante dovere.

Non valgono le generiche affermazioni di consenso che taluni nosocomi fanno sottoscrivere ai pazienti in entrata.

Un caso abbastanza recente di una vertenza che ha riguardato una équipe di oculisti in servizio presso una clinica universitaria ha sorprendentemente visto il Giudice istruttore non accettare, considerandolo "una mera formalità burocratica", un consenso firmato dal paziente all'atto del ricovero che così si esprimeva:

"il sottoscritto autorizza l'esecuzione di tutte le indagini diagnostiche, delle tecniche di anestesia e degli interventi chirurgici ritenuti necessari dai sanitari."

Il consenso, dice la sentenza "implicito nei trattamenti di normale impegno, necessario esplicitamente nei trattamenti più complessi, impegnativi o pericolosi, legittima l'opera del medico".

Il medico, nella illustrazione del trattamento deve, con parole appropriate al grado di cultura del malato, rimuovere nel suo interesse eventuali incertezze e perplessità mirando ad ottenere quel consenso che, unico, renderà possibile la effettuazione della prestazione.

E' a questo proposito utile ricordare che al secondo comma dell'art.1176 del c.c. (diligenza nell'adempimento) si legge:

"Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di una attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura della attività esercitata"

La diligenza pertanto va esercitata non solo nella attività diagnostico - terapeutica, ma pretesa anche nelle fasi preliminari che riguardano informazione e consenso.

Connesso con il dovere della informazione il diritto del malato di decidere in piena libertà se farsi curare, il diritto cioè di prestare o meno il proprio consenso..

Tale diritto deriva direttamente dall'art.32 della Costituzione che dice:" nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Solo un interesse della società può giustificare l'obbligo di terapia (malattie contagiose, vaccinazioni obbligatorie, alcune malattie psichiatriche).

In definitiva secondo il diritto corrente, non solo in Italia, perché il paziente possa prendere una decisione meditata per acconsentire al trattamento, egli deve essere adeguatamente informato circa i rischi e le probabilità di successo, essendo l'unico in condizioni di decidere e valutare il rapporto tra danno temuto e vantaggio sperato.

Il dovere di informazione "non ricorre solo nel caso in cui l'intervento, qualunque possa essere l'esito, si palesi necessario ed urgente, ed il paziente non si trovi in grado di poter esprimere una cosciente volontà, favorevole o contraria".

Ovviamente spetta al medico rendere possibile questa valutazione.

Contro la volontà del paziente è lecito agire soltanto se si interviene per salvarne la vita o la sua integrità fisica. Il concetto che ha guidato il legislatore porta a considerare che il bene della vita vada garantito prioritariamente rispetto al diritto di autodeterminazione. In fondo sia l'art.32 della costituzione che "tutela la salute oltre che come fondamentale diritto di un individuo anche nell'interesse della collettività" sia l'art.5 del c.c. che limita gli atti di disposizione del proprio corpo si pongono come limiti del diritto di ciascuno affermando un dovere di autotutela della propria integrità fisica. In termini puramente teorici queste disposizioni potrebbero offrire anche un'altra chiave interpretativa: se il rifiuto può essere considerato l'inverso del consenso e se quest'ultimo deve valere per legittimare un intervento medico anche il rifiuto può considerarsi giuridicamente ineccepibile. Sarebbe forse più logico che la libertà fosse sacrificata dalla legge solo nel caso di salvaguardia di un interesse di carattere sociale e collettivo, sempre nel rispetto della persona umana. Un problema importante in merito al rifiuto e che può interessare l'oftalmologo si pone quando un paziente che abbia subito danno da un errore professionale del medico possa essere considerato in colpa se rifiuta di sottoporsi ad un intervento riparatore. Fermo restando il principio che nessuno può obbligare il paziente ad operarsi suo malgrado il problema si sposta sull'obbligo e sull'entità del risarcimento da parte del danneggiante. Non c'è dubbio che l'offerta riparatrice del medico incontri abitualmente resistenza per una ridotta fiducia da parte del paziente. A questo punto debbono riconsiderarsi i termini risarcitivi di una eventuale vertenza. Un giurista insigne quale il Criscuoli, ne **"Il dovere di mitigare il danno subito"** dice testualmente "si ammette generalmente che il danneggiato sia tenuto a sottoporsi al trattamento medico chirurgico nei limiti in cui non vi siano valide ragioni ostative". La giurisprudenza va sempre più considerando il rifiuto di consenso ad un trattamento medico chirurgico riparatore quale una violazione del dovere di mitigare il danno. "Chi subisce un danno fisico eliminabile con intervento medico libero di non farsi curare, ma non può sfruttare l'assolutezza del diritto morale alla libertà dal trattamento sanitario anche in senso economico" (Principalli - La responsabilità del medico). Peraltro gli art.87/88 del T.U. 30 giugno 1965, n.1124 affermano che

chi ha subito un infortunio sul lavoro perde il diritto alle prestazioni economiche quando rifiuti di sottostare alle cure mediche. Non potrà mai considerarsi il consenso come scriminante degli errori professionali riconducibili alla colpa del medico, né il paziente può assumere i rischi derivanti da un trattamento sbagliato neppure se l'esonero di responsabilità sia espressamente sottoscritto. Il consenso inoltre si riferisce sempre e soltanto a quei trattamenti concordati con il medico.

Se nel corso di un intervento chirurgico si rendesse necessaria una variazione di indirizzo, anche a seguito di situazioni nuove ed imprevedibili, specie se portatrice di postumi, a meno che non trattasi di una urgenza che possa mettere in serio pericolo l'ammalato, il chirurgo dovrebbe interrompere l'intervento, informare il paziente appena possibile e intervenire in un secondo tempo.

Nel caso ci si trovi in presenza di minori la legge non prevede precisi limiti di età: ciò che conta la capacità di intendere e volere e non la capacità legale. Si può genericamente affermare che, soprattutto in casi di interventi di una certa entità e gravità (enucleazione, trapianto di cornea), un giovane che abbia più di 14 anni e buone capacità intellettive abbia il diritto di essere informato per prestare il suo consenso, anche se tra le incombenze che gravano su chi esercita la patria potestà debbano farsi rientrare le decisioni che riguardano gli interventi diagnostici e terapeutici del figlio minore.

Così come per i giovanissimi (non il caso di parlare di minori in senso giuridico, per quanto detto sopra), anche per gli handicappati e per quei malati incapaci di formulare al momento un valido consenso, la legge prescrive che altri possano provvedere per lui.

Per i familiari il problema non si pone. Un minimo di difficoltà si ha quando la richiesta di prestazione viene da un terzo.

Ci si riferisce all'istituto del mandato e, anche nella ristrettezza dei limiti di operabilità (ci troviamo di fronte ad un diritto inalienabile) chi assume il mandato ha facoltà di stipulare il contratto d'opera professionale.

Ovviamente il consenso così concesso potrà rilevarsi carente per quanto riguarda il contenuto tecnico della prestazione. Sarà ovviamente il medico a decidere il da farsi secondo scienza e coscienza.

Se cioè il paziente impossibilitato, un parente od anche un terzo potrà decidere per lui l'affidamento alle cure di un sanitario il quale, unico, sarà responsabile dei metodi di cura che pone in essere.

Situazioni particolarmente difficili o delicate potranno essere risolte con un consulto, che avrà in questo caso non solo funzione dirimente dubbi professionali, quand'anche il potere di limitare la responsabilità di una scelta.

C'è poi il problema della contrazione dell'obbligo amministrativo. Chi chiama il medico e gli affida un malato in genere è responsabile verso il professionista del pagamento degli onorari.

Se trattasi di familiare del paziente il problema si risolverà presumibilmente con semplicità.

Nel caso che a richiedere la prestazione, per un paziente in stato di incoscienza sia un terzo, l'istituto civilistico della "gestione d'affari" previsto dall'art.2028 del C.C. assegna a quest'ultimo l'obbligo di rispondere in proprio per gli onorari (potrà per rivalersi in seguito) a meno che non possa essere considerato soltanto un semplice soccorritore che porti notizia della presenza di una persona in stato di incoscienza e bisognoso di aiuto.

La informazione deve essere fatta in maniera tale da non viziare la decisione conseguente del paziente e deve essere tanto più dettagliata e precisa quanto maggiori sono i rischi e gli effetti collaterali dell'intervento.

In Italia non è ammesso il prelievo di organi o tessuti da viventi (escluso il rene), ma nei Paesi dove questo è possibile, è sui donatori che il medico dovrà effettuare il massimo sforzo informativo, tanto più che si tratterà di effettuare un intervento per lui non terapeutico e dal quale potrà subire solo una mutilazione.

Lo stesso criterio andrà seguito negli interventi che si effettuano a scopo estetico, soprattutto per quanto attiene ai rischi.

Sullo stesso piano potremo mettere l'avvertimento al malato, per ottenere il consenso all'atto medico, di quell'operatore che ha scarsa pratica nel tipo di operazione che va a compiere o se esistono terapie alternative al metodo che il medico si accinge a compiere.

Queste ultime tematiche, molto sentite nelle legislazioni di altri Paesi europei, sono da noi tenute in considerazione minore tanto che non abitualmente praticate. Ciononostante, se al verificarsi di un evento grave il Giudice ritenesse di effettuare una indagine conoscitiva approfondita, potrebbe trovare nelle pieghe della legislazione i motivi di considerare colposa la condotta del medico per difetto di informazione e quindi per vizio di consenso.

Occorre riconoscere per al medico il compito di analizzare, vista la personalità anche psichica del paziente, i contenuti di una informativa che egli giudichi sufficiente, non esageratamente dettagliata, quindi in grado di creare nel malato uno stato di fiducia: il paziente va informato, ma senza indulgere a particolarismi che potrebbero ingenerare dubbi e alla fine portarlo a rimandare o sospendere l'intervento, col solo risultato di ricevere un danno anziché un vantaggio.

Un limite netto al dovere della informazione si ha quando, per la gravità del caso e per l'imminente pericolo di vita del paziente, ci si trovi nella necessità di intervenire senza perdite di tempo. Quanto più urgente sarà la necessità di intervenire tanto minore sarà l'impegno del medico nella ricerca del consenso rigorosamente e formalmente valido.

3 Deontologia del consenso

Il consenso non è solo dunque obbligo giuridico, ma dovere deontologico, cosa che per un medico assume valore fondamentale.

*In merito alla **informazione al cittadino** - dice l'art. 30 del Codice deontologico:*

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico, nell'informarlo, dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

E l'art. 31 - Informazione a terzi:

L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto dall'art.9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri.

In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

L'art. 32 - Acquisizione del consenso:

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art.30.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 34.

L'art 33 - Consenso del legale rappresentante:

Allorché si tratti di minore, di interdetto o di inabilitato, il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci,, il medico è tenuto ad informare l'autorità giudiziaria.

L'art. 34 Autonomia del cittadino:

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Art: 35 Assistenza d'urgenza:

Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili.

Nel terreno psichiatrico e psicoterapeutico è fondamentale la instaurazione della sopra menzionata alleanza terapeutica, cosa bene evidenziata dall'articolo 30 del Nuovo Codice di Deontologia Medica lì dove si legge "al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte terapeutiche".

Ma, sempre in campo psichiatrico, pur risultando chiaramente l'obbligo di informazione, si propone sempre una attenta valutazione delle condizioni psicologiche del malato perché una informazione mal portata potrebbe procurare un ulteriore nocimento alla sua salute.

Nei Paesi nordamericani si è istituita, nei casi in questione, la figura del "crisis counselor" di un professionista cioè, psicologo o psichiatra, che nella necessità possa e sappia fornire al malato o alla sua famiglia un supporto valido sotto il profilo psicologico.

4 L'informazione come presupposto giuridico del consenso

Il rituale della visita inizia dalla parte anamnestica che approfondirà tutte le problematiche di salute che il paziente ha avuto nel passato remoto e recente fino a giungere alla situazione che lo porta in quel momento a consultare il medico.

Segue la fase dell'esame obiettivo e la formulazione di una diagnosi e di una proposta terapeutica.

E' a questo punto che il medico deve iniziare un colloquio e portare il paziente a conoscenza delle sue condizioni di salute estendendo detta informativa sino al metodo di terapia che egli intende adottare.

L'informazione deve essere posta in maniera chiara ed esaustiva per porre il paziente nella migliore condizione di decidere se accettare o meno quanto il terapeuta ha in mente di fare nel suo caso.

Il medico non può fornire una informazione incompleta al fine di evitare angosce e paure nel paziente che possano compromettere l'accettazione dell'atto diagnostico terapeutico, poiché in caso di esito infausto i giudici potrebbero rilevare nel comportamento del medico una colpa per difetto di informazione.

La spersonalizzazione del rapporto tradizionale medico-paziente, conseguenza della medicina di équipe, non esime chi di dovere dall'assicurare al malato i diritti riconosciuti per legge. E' talmente abituale, infatti, la presunzione di tacita accettazione del trattamento di un paziente solo perché ricoverato presso il reparto ospedaliero al punto che anche il più scrupoloso dei medici finisce per dimenticare questo suo importante dovere di informazione.

E' a questo proposito utile ricordare che al secondo comma dell'art. 1176 c.c. (diligenza nell'adempimento) si legge: " nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di una attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata". La diligenza, pertanto, va esercitata non solo nell'attività diagnostico terapeutica, ma pretesa anche nelle fasi preliminari che riguardano informazione e consenso.

Il medico, il chirurgo debbono ricercare nelle richieste del paziente le motivazioni palesi o recondite che lo portano a chiedere la sua prestazione.

Se prendiamo il caso della chirurgia plastica, il chirurgo deve scoprire nella richiesta della ricostruzione di un seno o della correzione del profilo di un naso la richiesta subcosciente del richiedente il quale in realtà non vuole un intervento finalizzato ai problemi del seno o del naso, ma vuole, dall'intervento, acquisire una migliore sicurezza personale, una maggiore autostima estetica. Vuole sentirsi più presentabile, attraente, seducente.

Il momento della informazione deve assumere un ruolo in cui si stabilisca la "COMUNICAZIONE" tra medico e paziente, come meglio esplicheremo in seguito, che segua una direzione alternante medico-paziente e paziente-medico al fine di informare e comprendere, stabilire e verificare il consolidarsi di una empatia col soggetto in terapia ed assolvere così al dovere deontologico-giuridico che permetterà l'espressione di un consenso valido, ma anche permettere al medico di penetrare le reali intenzioni del paziente, poter effettivamente proporre un giusto trattamento od, al limite, rifiutare la prestazione.

E' questo il momento in cui ha la sua più alta espressione il cosiddetto **rapporto medico-paziente**, che segue regole deontologiche ben precise, ma che istaurandosi al momento della *comunicazione* finalizzata alla *informazione* deve mantenersi sui binari tracciati dagli estensori dei codici deontologici - da Ippocrate ai tempi nostri.

La informazione deve esser fatta in maniera tale da non viziare la decisione conseguente del paziente, e deve esser tanto più dettagliata e precisa quanto maggiori sono i rischi e gli effetti collaterali dell'intervento. Non sembra invece necessario ed opportuno illustrare nei dettagli al paziente i rischi generici e quelli comuni, a meno che non siano di importanza specifica per il soggetto.

Un tipo particolare di informativa, quasi mai praticata, è quella che riguarda le attrezzature del reparto o della clinica in cui si effettuerà l'intervento, informativa che, per essere completa, dovrebbe spingersi addirittura all'indicazione di esistenza di altri reparti più attrezzati nella zona.

Sullo stesso piano potremo mettere l'avvertimento al malato se l'operatore ha scarsa pratica nel tipo di operazione che andrà a compiere o se esistano terapie alternative al metodo che il medico si propone.

Queste ultime tematiche, molto sentite nelle legislazioni di altri Paesi Europei, sono da noi tenute in considerazione minore, tanto che non abitualmente praticate.

Ciononostante se al verificarsi di un evento grave il giudice ritenesse di effettuare una indagine conoscitiva approfondita, potrebbe trovare nelle pieghe della legislazione i motivi di considerare colposa la condotta del medico per difetto di informazione e quindi per vizio di consenso.

Occorre riconoscere poi al medico il compito di analizzare, vista la personalità anche psichica del paziente, i contenuti di un'informativa che egli giudichi sufficiente, non esageratamente dettagliata, quindi in grado di creare nel malato uno stato di fiducia: il paziente va informato, ma senza indulgere a particolarismi che potrebbero ingenerare dubbi e alla fine portarlo a rimandare o sospendere l'intervento, col risultato di ricevere un danno anziché un vantaggio.

Il dovere della informazione è dunque oggi, nelle disposizioni di legge e nella giurisprudenza dei Paesi evoluti, il presupposto essenziale, la base fondamentale su cui poggia la costruzione di un consenso valido.

La giurisprudenza, difatti, annovera come attività negligente, quindi colposa, la mancanza di una informazione espressa in maniera chiara e soprattutto comprensibile dal paziente il quale può avere un livello intellettuale e culturale insufficiente, ma non per questo deve essere tenuto all'oscuro delle sue condizioni di salute e del programma terapeutico del medico.

Non è giuridicamente lecita, nella più gran parte dei casi, la scriminante di aver fornito una informazione incompleta al fine di non ingenerare angosce o paure nel paziente, sentimenti che potrebbero compromettere l'accettazione della terapia, pur se detto comportamento venga posto in essere a fin di bene, al fine cioè di far accettare al paziente un trattamento indilazionabile. Tale assunto giuridico appare dal punto di vista squisitamente medico non completamente condivisibile. Vedremo in seguito come si manifestino perplessità anche tra i giuristi.

Dice Anna Maria Princigalli, che è uno dei maggiori teorici dell'argomento "responsabilità professionale", nel suo libro "La responsabilità del medico":

"Da un lato il medico può reputare opportuno tacere al malato i rischi del trattamento, per evitare angosce e paure che possano compromettere la guarigione, dall'altro i giudici potrebbero riconoscere nella decisione del medico una colpa per il fatto di non aver adeguatamente informato l'interessato sulle conseguenze pregiudizievoli cui veniva esposto".

Non valgono comunque le generiche dichiarazioni, anche scritte, ancora in uso in molti nosocomi, di acconsentire a qualsiasi trattamento medico e chirurgico che i sanitari dell'ospedale ritengano di dover praticare, senza la prova che questo atto di consenso sia stato preceduto da appropriate informazioni circa lo stato di salute e le intenzioni terapeutiche del medico.

L'informazione - personalizzata, corretta, esaustiva e ben compresa - è la base su cui poggerà la validità del consenso, atto indispensabile perché un medico possa iniziare la sua attività terapeutica, sia essa di natura clinica, che farmacologica e chirurgica.

Ma quando e in base a quale parametro si può dire che il medico abbia *chiaramente* informato il paziente e perciò assolto il suo dovere?

La Cassazione, con sentenza n. 3604 del 12 giugno 1982 ha sentenziato che: "in tema di responsabilità del medico connessa all'esecuzione di un intervento chirurgico, l'accertamento del consenso del paziente.....postula.... che costui vi abbia acconsentito dopo essere stato **opportunamente** informato dal chirurgo dell'effettiva portata dell'intervento in relazione alla sua gravità, agli effetti conseguibili, alle inevitabili difficoltà, alle complicazioni ed ai rischi".

Qualche autore, sullo stesso tono, ripete "che costituisce dovere primario del medico, una **esauriente** informazione del paziente".

Tuttavia affermazioni di tal genere non possono ritenersi appaganti in quanto ci si chiede ulteriormente quale sia il metro dell'*opportuno* ed *esauriente*.

Credo che una prospettiva più realista sia data dalla Princigalli che tende a soggettivizzare la problematica: "sembra più equo un criterio soggettivo per cui si possa accertare se il malato, nella sua particolare situazione, avrebbe consentito al trattamento proposto dal medico in quella circostanza se fosse stato adeguatamente informato. Quindi il medico è tenuto ad illustrare ed a fornire tutti gli elementi utili che consentono di prendere una decisione seria e consapevole.

L'informazione deve essere graduata dalle esigenze e dai bisogni del soggetto interessato".

Il diritto del malato a decidere in piena coscienza e libertà se, da chi e come farsi curare discende d'altronde da un dettato costituzionale. L'art.32, comma 2, della nostra Carta costituzionale recita appunto "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

Contro o in assenza di una volontà esplicita del paziente è lecito solo intervenire se ne va della sua vita o dell'integrità fisica. Concettualmente il legislatore ha considerato difatti il bene della vita

come prioritario rispetto al diritto di autodeterminazione. Sempre l'art. 32 della Costituzione, al primo comma, considera la tutela della salute oltre che come fondamentale diritto dell'individuo, anche come interesse della collettività.

Vedremo come alcune malattie di competenza psichiatrica e psicologica, così come malattie contagiose e pratiche di vaccinazione, possano rientrare nella esimente prevista dalla Costituzione.

L'informazione è dunque un atto medico diligente che il paziente valuterà e su cui formerà il suo convincimento, quindi formulerà il consenso.

E' per questo che il termine, universalmente entrato nel vocabolario giuridico, di "consenso informato" è leggermente fuorviante perché fa apparire l'obbligo come un atto unico ed unitario, sia formalmente che temporalmente.

I due momenti, quello della informazione e quello del consenso debbono essere invece disgiunti perché il paziente, una volta ricevute le informazioni deve avere la possibilità di meditare, valutare la proposta terapeutica prima di formalizzare il tempo successivo, quel consenso che darà giuridicamente via libera alla azione del medico.

Sembra preferibile allora separare i due termini e parlare di "INFORMAZIONE E CONSENSO" anziché di consenso informato.

4.1 Informazione o comunicazione ?

Nel percorso che porta al consenso, il ruolo dell'informazione ha, per psichiatri e psicologi, particolare importanza pratica.

La correttezza della informazione poggia sulla comprensibilità e sulla completezza dei contenuti.

Inoltre l'informazione non è un'arida elencazione di questioni tecniche: essa è l'inizio di un colloquio che vede seguire alle prime informazioni le domande del paziente che a loro volta richiedono precisazioni.

Sotto questo profilo sarebbe più corretto parlare della instaurazione di un ponte comunicativo tra psichiatra e paziente che culmina con la accettazione o meno della proposta terapeutica del medico. E' facile comprendere come il modo di porre il flusso delle informazioni abbia una funzione determinante nel condizionare le risposte e gli atteggiamenti del paziente.

Ecco perché la deontologia trova nello psichiatra una esaltazione del ruolo morale ed una assunzione di responsabilità professionale innalzata ad una potenza elevata.

Lo psichiatra deve sentire il ruolo fondamentale che il suo ascendente gioca nel rapporto medico-paziente e valutare appieno la sua influenza e quella della sua comunicazione nel condizionare l'atteggiamento del paziente.

Tutto questo quando ci si trovi di fronte ad un cittadino pienamente capace di intendere e di volere, affatto intaccato in questo suo stato di salute mentale dalla malattia per la quale chiede aiuto allo psichiatra.

Non esiste tuttavia uno steccato rigido, una linea netta di demarcazione tra la piena disponibilità delle proprie facoltà mentali e l'area in cui tale capacità è di fatto - e di diritto - trasferita su un soggetto tutore.

Si richiederebbe pertanto dallo psichiatra/psicologo la capacità di fotografare all'istante la personalità del soggetto che gli si rivolge in prima istanza, di poter quindi valutare anche le reazioni alle informazioni fornitegli.

La abitudine, ormai inveterata, da parte degli psicoterapeuti di richiedere qualche seduta prima di pronunciarsi sulle ipotesi diagnostiche e sulle proposte terapeutiche permette un comportamento più ortodosso.

Le condizioni in cui lo psichiatra deve affrontare il momento della "comunicazione" o, per seguire la terminologia più usuale, del "consenso informato" si complicano se è in presenza di un paziente adolescente, dovendo valutare, anche per unanime orientamento giurisprudenziale, la capacità mentale di assolvere a quello che viene considerato un suo diritto, quello di decidere, indipendentemente dalla sua capacità giuridica, se, come e da chi farsi curare.

E' la capacità di agire del paziente, non la capacità giuridica, che rende valido il consenso. Anche il codice civile impone (in apparente contrasto con il diritto che si acquisisce con la maggiore età) di sentire il minore ai fini del riconoscimento (art.250 c.c.) e per decisioni influenti sulla sua vita (art.316 c.c.).

Ugo Fornari, insigne studioso di medicina legale e titolare della cattedra di psicopatologia forense alla Università di Torino dice testualmente in un suo recente lavoro: "Occorre distinguere l'informazione dalla comunicazione" "**Informare** significa dire qualche cosa, rendere consapevole qualcuno di un fatto, di un processo, di un intervento, elencare notizie, ragguagliare. **Comunicare** significa informare con partecipazione, con empatia, con umana e professionale compassione".

Esemplificando, quando un medico invia un suo paziente ad un chirurgo, questi ha solo l'obbligo di presentarsi, di dire gli obiettivi che si prefigge, di dire cioè che il suo compito è quello di compiere un atto chirurgico e che la sua opera si esaurisce con l'atto medico che si appresta a compiere. Completerà il suo rapporto con il perfezionamento del contratto professionale.

Ci troviamo in presenza di un rapporto medico-paziente che i teorici (Tatossian, Hollander) relegano nel loro primo gruppo, quello cioè riservato alle malattie acute o alle emergenze, in cui è richiesta massima attività del medico e minima attività del paziente. In queste situazioni non è necessaria, talvolta inopportuna, l'attesa della instaurazione di un rapporto medico-paziente che preveda una vera e piena fiducia.

E' evidente che lo psichiatra deve ottemperare al dovere di informare il paziente affrontando non solo la prima parte, quella riservata a fornire notizie tecniche, ma entrare a pieno titolo anche nella seconda parte che si riferisce a **come** dare l'informazione. Egli deve instaurare col paziente un colloquio che più propriamente chiameremo "comunicazione".

Solo nel caso che l'informazione si sia svolta in maniera corretta il paziente può validamente esercitare il suo diritto di consenso o di dissenso dall'opera che il terapeuta si accinge a compiere. E

non è sufficiente la certezza di aver esposto la situazione in modo chiaro ed intelligibile; occorre avere certezza che il paziente abbia compreso quanto riferito, anche e soprattutto in relazione alle sue momentanee capacità di attenzione, concentrazione, quindi in condizione psichica di dare risposte meditate e corrette.

Solo le estreme urgenze possono costituire difficoltà a che il terapeuta si allinei a questa condotta ideale.

Non solo per questioni di semantica, ma occorrerà anche distinguere tra assenso e consenso, riservando al primo termine un valore temporale immediato, di intervento sulla persona dettata dalla urgenza, non potendosi delegare al momento l'opera ad altro professionista.

Il consenso ha invece un carattere continuativo per l'incontro delle volontà delle parti contraenti che instaurano la sopra detta "alleanza" quale progetto terapeutico, assoggettato a continua verifica, specie in campo psicoterapeutico.

Con una felice espressione il Fornari dice: **"l'informazione sta all'assenso come la comunicazione sta al consenso"**.

E' – sotto il profilo medico-legale – certamente valido il primo livello di comunicazione (che genera assenso) per sottoporre il paziente ad accertamenti o trattamenti urgenti. Non è più sufficiente laddove l'atto medico si realizzi in un'opera continuativa, di durata nel tempo, quando cioè va raggiunto, da parte del paziente un vero e proprio consenso.

Si può quindi parlare di consenso tacito o presunto solo nelle condizioni in cui, assente una informazione valida, si sia manifestata da parte del paziente una qualsiasi manifestazione di volontà gestuale, mimica che deponga per un atteggiamento di comprensione ed accettazione della terapia proposta.

Sarebbe deontologicamente – e penalmente - perseguibile una informazione inesatta, distorta, espressa solo per ottenere così, "fraudolentemente", il consenso del paziente.

Il nuovo codice deontologico ha abolito il capitolo dei trattamenti sanitari obbligatori, proprio per significare che, fino a prova contraria, il malato psichiatrico è considerato capace di intendere e di volere, meritevole di quegli spazi di libertà individuale di cui gode un soggetto cosiddetto "mentalmente normale".

5 SITUAZIONE GIURIDICA E GIURISPRUDENZIALE

Lasciamo qui le dissertazioni semantiche e deontologiche , che pure hanno il loro immenso valore, ed affrontiamo il nocciolo del problema pratico.

E' chiaro che dovremo tener ben distinti gli aspetti squisitamente teorici dalla pratica, adattata alle singole specialità mediche dove giocano momenti e situazioni dissimili.

Abbiamo già accennato al fatto che la ritualità del consenso è abbreviata, modificata o addirittura abolita - come accennato sopra - nei casi di emergenza o di estrema urgenza.

Altre volte ha invece necessità di essere espressa formalmente (possibilmente per iscritto). Poniamo difatti il caso di argomenti relativi alla chirurgia estetica (da non confondersi con la chirurgia plastica- ricostruttiva) che postulano obbligo di risultati; pensiamo alla chirurgia pediatrica in cui il consenso è prestato solitamente da chi esercita la patria potestà; pensiamo infine ai trattamenti psichiatrici e psicologici che sono il motivo della nostra trattazione.

Ripeto quanto detto sopra che la capacità di agire del paziente, non la sua capacità giuridica, rende valido il consenso. Il codice civile impone difatti di sentire il minore ai fini del riconoscimento

(art.250 c.c. – Del riconoscimento dei figli naturali: "Il figlio naturale può essere riconosciuto, nei modi previsti dall'art.254, dal padre e dalla madre, anche se già uniti in matrimonio con altra persona all'epoca del concepimento. Il riconoscimento può avvenire tanto congiuntamente quanto separatamente.

Il riconoscimento del figlio che ha compiuto i sedici anni non ha effetto senza il suo assenso. Il riconoscimento del figlio che non ha compiuto i sedici anni non può avvenire senza il consenso dell'altro genitore che abbia già effettuato il riconoscimento. Il consenso non può essere rifiutato ove il riconoscimento risponda all'interesse del figlio. Se vi è opposizione, su ricorso del genitore che vuole effettuare il riconoscimento, **sentito il minore** in contraddittorio con il genitore che si oppone e con l'intervento del pubblico ministero, decide il tribunale con sentenza che, in caso di accoglimento della domanda, tiene luogo del consenso mancante....."

Del diritto del minore in tema di consenso si occupa il c.c. per decisioni influenti sulla sua vita di relazione. L'art.316 c.c. "Esercizio della potestà dei genitori" recita:

"Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o all'emancipazione. La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei. Se sussiste un incombente pericolo di un grave pregiudizio per il figlio, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili.

Il giudice, **sentiti i genitori ed il figlio, se maggiore degli anni quattordici**, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio".

Viene quindi confermato che l'informazione deve essere data anche al minore, purché maggiore di anni quattordici affinché egli possa esprimere il suo parere, ed il suo consenso, ad un trattamento sanitario o psicoterapico.

Sorge qui la necessità di interpretare le disposizioni di legge che appaiono non tassative. In che conto difatti deve essere tenuto il parere del minore?

Per alcuni giuristi sarebbe sufficiente informare il minore ed ascoltare la sua opinione restando inteso che il potere decisionale spetti o ai genitori o all'eventuale tutore; secondo altri, la volontà del minore, capace di autodeterminarsi, dovrebbe poter prevalere su quella dei genitori. L'opinione giuridica prevalente è comunque quella che sia opportuno e doveroso coinvolgere il minore nel processo decisionale ma che non può essere disattesa la norma giuridica che stabilisce che per ogni minore, in tema di diritto alla salute la parola definitiva spetti ai genitori.

Problemi analoghi a quelli posti dai soggetti in giovane età li portano, nei riguardi dell'informazione e del consenso ai trattamenti sanitari i soggetti che la legge (c.c. articoli 414 e seguenti) cataloga come "infermi di mente".

Saranno opportune alcune precisazioni sul significato di alcuni termini giuridici:

Secondo l'articolo 414 del c.c. – **Persone che devono essere interdette** – *"Il maggiore di età ed il minore emancipato, i quali si trovano in condizione di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti"*.

Persone che possono essere inabilitate – art. 415 del c.c. – Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi".

"Presupposto necessario per l'inabilitazione e l'interdizione di un infermo di mente non è l'esistenza di una tipica malattia mentale, di un'infermità nella quale ricorrono caratteristiche di una forma patologica ben definita, bensì l'esistenza di una alterazione delle facoltà mentali tali da dar luogo ad una incapacità parziale o totale di provvedere ai propri interessi. L'attualità della malattia che produce tale alterazione esclude che una precorsa infermità mentale possa essere elemento determinante di un provvedimento di inabilitazione o di interdizione, salva l'ipotesi di infermità mentale abituale e continua. Si deve pronunciare l'interdizione se la patologica alterazione delle facoltà mentali produce incapacità di provvedere ai propri interessi; l'inabilitazione quando tale incapacità è soltanto parziale. Accertare nel caso concreto l'esistenza della patologica alterazione delle facoltà mentali e la conseguente incapacità totale o parziale di provvedere ai propri interessi è compito riservato ai giudici di merito, in quanto si esaurisce interamente nella valutazione delle risultanze processuali (Cass. 19 giugno 1962, n. 1573 e 8 luglio 1976, n. 2553).

"L'infermità di mente, richiesta dalla legge per far luogo al provvedimento di interdizione previsto dall'art. 4141 del c.c. non riguarda soltanto le facoltà intellettive dell'interdicendo (intelligenza e memoria), ma anche facoltà volitive (formazione e manifestazione delle volontà), ossia tanto lo stato di coscienza comune come quello di libertà del volere, non essendo rare le infermità di mente nelle quali le attività intellettive possano apparire sufficientemente conservate, mentre grave sia il decadimento etico sentimentale per cui l'atto volitivo ne risulti morbosamente turbato (Cass. 29 novembre 1955, n. 2690).

"Ai fini della pronuncia di interdizione il pericolo attuale di atti pregiudizievoli al patrimonio va desunto dalle condizioni morbose del soggetto e sussiste quando la patologica alterazione delle facoltà mentali, intellettive e volitive, renda il soggetto stesso totalmente incapace di provvedere ai propri interessi, incapacità che deve essere apprezzata con riferimento non solo agli atti di indole

economica e patrimoniale, ma anche a tutti gli atti della vita civile che attengono alla cura delle persone e a quella dei doveri familiari e pubblici (Cass. 26 ottobre 1970, n.2155).

L'interdetto, dunque, ha diritto di ricevere le notizie riguardanti la sua salute e necessarie per la formazione del consenso che in definitiva spetterà al tutore.

Per l'infermo di mente non interdetto non esiste alcuna presunzione di incapacità, sia psichica che giuridica e pertanto la validità del consenso o la eventualità di un dissenso da lui espressa andrà accertata per ogni singolo caso, valutando anche le condizioni psichiche del momento.

Per i soggetti inabilitati non possono valere le regole vigenti per gli interdetti. Questi pazienti sono da ritenersi perfettamente idonei a dare o meno il consenso e la loro manifestazione di volontà andrà rispettata almeno che lo psichiatra non si convinca di aver di fronte un paziente in stato di "incapacità naturale".

L'art.428 del cc che si riferisce appunto alla **incapacità naturale** recita: "*gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace di intendere e di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere stati annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore.....*".

E merita ricordare un giudizio della Corte di Cassazione (febbraio 1978):

" L'annullamento del contratto, ai sensi dell'art. 428 c.c. non è subordinato alla prova dell'incapacità assoluta e totale del soggetto essendo sufficiente che le facoltà intellettive o volitive risultino scemate, in modo da impedire od ostacolare una seria valutazione dei propri atti, ancorché per fattori che non si identifichino in una tipica infermità mentale o in una precisa forma patologica. Pertanto, al giudice del merito non è inibito fondare il proprio convincimento circa la sussistenza dell'incapacità naturale del contraente sul congiunto riferimento ad una malattia ed

alla tarda età, nel senso che a causa di questa prima, di per se grave, l'incapacità abbia avuto un'incidenza ancora più intensa sulla sfera intellettuale o volitiva".

L'incapacità naturale è dunque una condizione, anche transitoria, nella quale il paziente non è in grado di esprimere consenso o dissenso.

Trattasi di situazioni molto delicate in cui l'opera dello psichiatra può essere realmente illuminante, sia per i trattamenti psicoterapeutici che per quelli di carattere medico generale.

In quest'ultimo caso è – sotto il profilo medico legale e della responsabilità professionale – fondamentale la consulenza di uno psichiatra che sappia valutare le condizioni di capacità psichica del paziente.

Il nuovo codice deontologico si riferisce ai trattamenti sanitari obbligatori nell'articolo riguardante la "Tutela della salute collettiva". Dice l'art.78: *"il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato".*

D'altronde secondo l'art.13 della Costituzione italiana *"al medico non è peraltro consentito di porre in essere, anche in caso di trattamento sanitario obbligatorio, trattamenti fisici coattivi".*

Di analogo tenore, con chiara ispirazione alla legge costituzionale è l'art.49 del Codice Deontologico che recita testualmente:

"In caso di trattamento sanitari obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge".

Particolare importanza hanno in psichiatria le norme che regolano, sia deontologicamente che giuridicamente, i trattamenti d'urgenza.

Informazione e consenso, quando sussistano condizioni di obbligatorietà ed urgenza, non sono aspetti da ricercare, in quanto per le prime già provvede l'art. 32 della Costituzione, al secondo capoverso, mentre le seconde sono legittimate dallo stato di necessità.

A proposito del quale è opportuna la lettura del codice penale e qualche massima delle Corti per avere una idea precisa del significato giuridico della norma.

Dice l'art.54 del c.p. – Stato di necessità - *"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo....."*

"Lo stato di necessità postula l'immanenza di un pericolo grave alla persona, che non possa altrimenti evitarsi se non attraverso la commissione di un illecito penale" (Cass. II sez, 30 gennaio 1978).

"L'esimente non trova applicazione nel caso in cui il pericolo avrebbe potuto essere evitato dall'agente con comportamento diverso" (Cass. II sez.- 30 gennaio 1978).

"Al di fuori dei casi più gravi caratterizzati dalla indilazionabilità, lo stato di bisogno, ancorché inteso ed attinente all'alimentazione (anoressia n.d.r.), alle cure mediche ed ai medicinali, non può integrare l'esimente di cui all'art. 54 c.p., poiché la moderna organizzazione sociale, venendo incontro con diversi mezzi ed istituzioni agli indigenti, agli inabili al lavoro e ai bisognosi in genere, elimina per costoro il pericolo di restare privi di quanto occorre per le loro cure ed il loro sostentamento quotidiano" (Cass. Sez II, 13 aprile 1978)

"Anche per lo stato di necessità è richiesto il requisito della proporzione tra il fatto ed il pericolo: quando si agisce nella piena consapevolezza della sproporzione tra tali elementi si versa in un

eccesso, il quale, non potendo essere considerato né scusabile, né colposo, ma doloso, preclude il diritto di invocare lo stato di necessità" (Cass. 12 ottobre 1954).

"Nel reato colposo lo stato di necessità agisce non come causa di esclusione di reato, ma come causa di esclusione della colpa eliminando l'elemento psicologico del reato" (Cass. Sez IV, 27 ottobre 1959).

Il riconoscimento dello stato di necessità, come si può desumere da quanto scritto sopra è tutt'altro che scevro da implicazioni giuridiche di estrema delicatezza che impongono una attenta valutazione di ogni situazione tanto più che l'onere di provare l'esistenza dello stato di necessità incombe all'imputato (che in questo caso sarebbe il medico).

L'urgenza cui può essere interessato uno psichiatra non è soltanto quella derivante da patologie afferenti al campo della propria specializzazione.

E' possibile che uno psichiatra venga chiamato per dominare un quadro sintomatologico sovrapposti ad una malattia generale, fatto che rende difficile il proseguimento dei trattamenti necessari per manifesto dissenso del paziente.

In questi casi, se lo psichiatra non giudica lo stato di coscienza del malato realmente alterato, lo psichiatra deve astenersi da ogni forma di intervento mirante a modificare l'atteggiamento del paziente (psicofarmaci). Ancor più deve astenersi da proporre o convalidare una eventuale richiesta di trattamento sanitario obbligatorio.

La legittimazione di un intervento coatto può essere ricercata solo nei casi previsti dall'art.54 del c.p. (stato di necessità) o dall'art. 51 (esercizio di un diritto o adempimento di un dovere) allorquando il giudice abbia convalidato un trattamento sanitario obbligatorio.

La difficoltà di destreggiarsi tra le numerose norme che regolano la materia e soprattutto l'atteggiamento giurisprudenziale più recente portano al convincimento che la concezione del passato che tendeva ad escludere il reato di lesioni personali per l'atto medico, considerandolo atto socialmente utile e quindi pienamente lecito, si vada radicalmente modificando. Attualmente l'orientamento giurisprudenziale, più formale che sostanziale in tema di lesioni personali e violenza privata, stante anche l'assenza di una legislazione specifica, porterebbe a ritenere che l'atto medico fosse nella sua essenza un fatto antigiuridico, in quanto produttore di lesioni personali, salvo a diventare lecito per effetto delle scriminanti codificate (stato di necessità e adempimento di un dovere) e del consenso che, se prestato validamente, diventa l'atto più importante nel rapporto medico-paziente.

La dottrina, specie penalistica ha dibattuto a lungo cercando di individuare le cause di giustificazione giuridica per un atto che se pur rivolto al miglioramento delle condizioni fisiche di un individuo vi giunge spesso attraverso una violazione della integrità psico-fisica sia se si guardi all'opera del chirurgo che a quella del medico o dello psichiatra.

Tutto quanto sopra porta a considerare il fatto che il consenso del paziente diventa presupposto essenziale per la liceità di un trattamento sanitario in assenza di situazioni di emergenza o di condizioni previste per legge.

Una affermazione così categorica derivante dall'analisi delle norme e dalle sentenze emesse sull'argomento non può voler dire che ogni atto medico, in assenza di valido consenso sia da considerare illegittimo o arbitrario.

La difficile articolazione tra il diritto alla libertà e il diritto alla salute, che talora contrasta e la cui interpretazione viene al momento affidata al medico deve portare più di frequente a considerare la finalità dell'atto medico nel senso che qualora esso sia realmente e documentatamente rivolto all'interesse preminente del paziente e alla tutela della salute questo deve essere giudicato, con uno spirito meno formale più sostanziale nella applicazione delle norme giuridiche. Occorre comunque

che il medico si abitui a prestare maggiore attenzione al capitolo del consenso penetrandone il suo spirito e facendone un atto routinario della sua professione.

Sempre in tema di consenso, ma nel senso della negazione della sua validità sono: l'art.5 del c.c. che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo "quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica" e l'art.579 del cod. penale che punisce l'omicidio del consenziente.

Particolare importanza per lo psichiatra, soprattutto nella sua attività medico legale, hanno:

l'art.728 del cod. penale "trattamento idoneo a sopprimere la coscienza o la volontà altrui" che recita:

"chiunque pone taluno, con il suo consenso, in stato di narcosi o di ipnotismo o esegue su di lui un trattamento che le sopprima la coscienza o la volontà, è punito, se dal fatto deriva pericolo per la incolumità della persona, con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda..... Tale disposizione non si applica se il fatto è commesso, a scopo scientifico o di cura, da chi esercita la professione sanitaria";

e l'art.613 del cod. penale "stato di incapacità procurato mediante violenza" che dice:

"chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei in stato di incapacità di intendere o di volere, è punito con la reclusione fino ad un anno. Il consenso dato dalle persone indicate nell'ultimo capoverso dell'art.579 (minore degli anni 18, infermo di mente o in condizione di deficienza psichica per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, consenso estorto con suggestione o carpito con inganno) non esclude la punibilità".

Il confronto dei due articoli sopra riportati mette in evidenza come i trattamenti di cui gli articoli si occupano sono ritenuti leciti quando effettuati da personale sanitario con il consenso del paziente.

L'assenza di consenso pone il medico, invece, alla stessa stregua di un qualsiasi cittadino.

Inoltre, quale valore legale può avere il consenso di un paziente psichiatrico, classificato come "infermo di mente"? Lo psichiatra deve decidere del suo comportamento valutando autonomamente la possibile influenza – nel soggetto che ha in cura - della norma penale che punisce l'abbandono di persona incapace (il che costituirebbe obbligo di curare) e quella della violenza privata o della circonvenzione d'incapace, nella eventualità che decida di agire pur nel dubbio della validità del consenso. Posizione assai delicata ed alquanto scomoda che chiama lo psichiatra a responsabilità mal valutabili aprioristicamente.

Un atteggiamento sufficientemente chiaro, in tema di consenso, lo ha preso il Consiglio d'Europa nel primo

"Accordo internazionale sui diritti dell'uomo e biomedicina"

con una Convenzione adottata a Strasburgo il 19 novembre 1986, recepita dalla legislazione italiana con legge del 4 aprile 1997.

Per la prima volta nella storia internazionale è stata adottata una convenzione sulla bioetica. Un punto fermo che è arrivato dopo un serrato dibattito iniziato nel 1991.

Alla elaborazione del testo hanno partecipato oltre agli stati membri del Consiglio d'Europa, anche la Santa Sede, il Canada, gli Stati Uniti ed il Giappone.

E' doveroso includerne il testo in questa trattazione.

Preambolo....omesso

Capitolo I – Disposizioni generali

Art. 1 – Oggetto e finalità

Le Parti alla presente Convenzione tutelano l'essere umano nella sua dignità e nella sua integrità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazioni, il rispetto della sua integrità e degli altri diritti e libertà fondamentali rispetto all'utilizzazione della biologia e della medicina.

Ciascuna Parte adotta nel proprio ordinamento interno le misure necessarie per rendere efficaci le disposizioni della presente Convenzione.

Art. 2 – Preminenza dell'essere umano

L'interesse e il bene dell'essere umano devono prevalere sul solo interesse della società o della scienza.

Art. 3 – Accesso equo alle cure sanitarie

Le parti adottano, tenuto conto delle necessità della sanità e delle risorse disponibili, le misure idonee ad assicurare, nella loro sfera di giurisdizione, un accesso equo a cure sanitarie di qualità adeguata.

Art. 4 – Obblighi professionali e regole di comportamento

Ogni trattamento sanitario, inclusa la ricerca, deve essere praticato nel rispetto delle norme e degli obblighi professionali, nonché delle regole di comportamento applicabili nella fattispecie.

Capitolo II - Consenso

Art. 5 – Disciplina generale

Un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero e consapevole.

Tale persona riceve preliminarmente informazioni adeguate sulla finalità e sulla natura del trattamento nonché sulle sue conseguenze e sui suoi rischi.

Le persona interessata può, in qualsiasi momento, ritirare liberamente il proprio consenso.

Art.6 – Tutela delle persone incapaci di prestare consenso

Con riserva degli articoli 17 e 20, un trattamento può essere praticato su una persona incapace di prestare consenso solo se gliene derivi un beneficio immediato.

Quando, per legge, un minore non ha la capacità di acconsentire ad un trattamento, quest'ultimo non può essere praticato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organismo designati dalla legge.

Il parere del minore è considerato elemento determinante in funzione dell'età e del suo livello di maturità.

Quando, un maggiorenne è per legge, a causa di una tara mentale, di una malattia o per un motivo analogo, incapace di acconsentire ad un trattamento, quest'ultimo non può essere praticato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organismo designati dalla legge.

La persona interessata deve, nei limiti del possibile partecipare al procedimento di autorizzazione.

Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organismo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle medesime condizioni, l'informazione prevista dall'articolo 5.

L'autorizzazione di cui ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere revocata nell'interesse della persona in causa.

Art.7 – Tutela delle persone affette da turbe psichiche

La persona affetta da una grave turba psichica può essere sottoposta senza il proprio consenso, ad un trattamento che ha lo scopo di curare tale turba solo se l'assenza di simile terapia rischi di essere seriamente pregiudizievole per la sua salute e con riserva dei requisiti di tutela previsti dalla legge comprendenti procedimenti di sorveglianza e di controllo nonché mezzi di ricorso.

Art. 8 – Situazioni di urgenza

Quando a causa di una situazione di urgenza non è possibile ottenere il consenso, si potrà praticare ogni trattamento necessario, dal punto di vista sanitario, per la salute della persona interessata.

Art. 9 – Desiderata espressi anteriormente

I desiderata espressi anteriormente in ordine ad un trattamento sanitario da un paziente che, al momento del trattamento, non è in grado di manifestare la sua volontà saranno presi in considerazione.

Capitolo III – Vita privata e diritto all'informazione

Art. 10 – Vita privata e diritto all'informazione

Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata in merito alle informazioni relative alla propria salute.

Ogni persona ha il diritto di venire a conoscenza di ogni dato raccolto sulla propria salute.

Tuttavia la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata.

In via eccezionale, la legge può prevedere, nell'interesse del paziente, limiti dell'esercizio dei diritti evocati nel paragrafo 2.

5.1 Limiti dell'informazione per ottenere il consenso

Molti giuristi, anche di altre nazionalità europee (V.R.Rodenburg, O Tempel, H.G.Mertens, D Giesen, E.Deutch, A.M.Principalli) teorizzano che il medico possa limitare l'informazione, nell'interesse del malato, qualora la conoscenza completa ed assoluta delle modalità dell'intervento e dei rischi possa provocare inconvenienti ed influire negativamente sulla terapia.

Se il paziente subisse un danno dal comportamento del medico perché questo ha fornito troppi particolari non avendo tenuto presente il suo stato psicofisico, il paziente avrebbe diritto ad un risarcimento

Ciò implica che quello che gli AA tedeschi chiamano l'esercizio del cosiddetto "privilegio terapeutico" (mezzo giuridico che consente al medico di sottrarsi al dovere della informazione) essendo diretto a tutelare la salute del malato, non possa essere invocato dal medico a suo favore se la mancata informazione, parziale o totale non corrisponda ai canoni sopra espressi, non sia diretta cioè ad evitare un serio ed irrimediabile danno alla salute del paziente.

Ci si rende conto di come i confini del comportamento corretto, in caso di pazienti psichiatrici, siano difficili da tracciare tanto più che sembra logico porre sullo stesso piano sia la mancanza di informazione che un suo eccesso.

La caratterizzazione clinica delle malattie di competenza psichiatrica e psicologica sono tali da non consentire peraltro la possibilità di porre rapidamente diagnosi di certezza con l'ausilio di uno o più colloqui. Lo psichiatra si riferisce per lo più ad una "diagnosi di stato" che è di per se temporale, basata su ciò che si è potuto evidenziare all'interno del colloquio o dei primi contatti avuti col paziente. Ciononostante egli deve individuare la personalità del paziente per ottemperare ad un obbligo che discende da disposizioni di legge e da pratica giurisprudenziale.

Se dovessimo addentrarci in dissertazioni teoriche dovremmo anche prendere in considerazione la personalità dello psichiatra (che ha nel colloquio il suo principale strumento diagnostico e quindi

propositivo di una terapia mirata al soggetto) della sua capacità di rapportarsi in tempi brevi con il paziente, della sua intuizione diagnostica.

Ma ci avviteremmo in una discussione solo accademica.

Rifacendoci dunque alle conoscenze di medicina legale e psicologia-psichiatria ci sembra corretto distinguere, trattandosi di informazioni e consenso, pazienti affetti da forme patologiche che si traducono nella impossibilità ed incapacità di intendere e di volere, anche temporanea o parziale (psicosi, stati confusionali), da quelle forme in cui sono alterate solo funzioni che non intaccano questa capacità (nevrosi).

Nelle prime, la legge prevede espressamente che "altri" possano provvedere per il malato. Non è solo il caso dei genitori o familiari. Per "altri" possiamo intendere terze persone che abbiano ricevuto un "mandato". L'istituto giuridico del mandato prevede appunto che chi lo abbia ricevuto abbia anche la facoltà di stipulare un contratto d'opera professionale.

Il consenso così concesso è però talora carente sotto il profilo del contenuto tecnico della prestazione. Sarà allora la responsabilità del medico a guidare con scienza e coscienza la sua opera professionale. E' questo un passaggio estremamente delicato nei trattamenti psichiatrici perché acuisce i termini della responsabilità del medico.

In casi dubbi sarà utile ricorrere al consulto, formalizzandone le conclusioni diagnostiche e terapeutiche.

In tema di paziente minore o giovane, si apre apparentemente un caso nel quale la informazione deve giungere puntuale a chiarire dubbi che potrebbero intervenire a terapia iniziata. E' il caso di un giovane che soffra di conflittualità con i genitori, peraltro unici a poter dare (e togliere) il consenso ad un trattamento psicoterapeutico. La presa eventuale di coscienza del soggetto in trattamento determinerà puntualmente reazioni comportamentali, anche all'interno della famiglia, reazioni che

potrebbero essere non gradite ai familiari stessi ed interpretate come un peggioramento delle condizioni psichiche del giovane che verrebbe sottratto alla psicoterapia.

Concettualmente l'informazione deve essere fornita in maniera tale da non viziare la decisione del paziente e deve essere tanto più precisa e dettagliata quanto maggiori potranno essere i rischi, gli effetti indesiderati e le possibilità di insuccesso della terapia.

Il medico, comunque, va accreditato anche - e soprattutto in questo caso - della capacità di una valutazione psichica, anche se sommaria, del paziente e lasciarlo arbitro dei contenuti della informativa. Essa deve sì corrispondere ai dettati di legge e di giurisprudenza consolidata, ma non può indurre nel paziente reazioni tali da portarlo ad una decisione inesatta. Nel colloquio, il clinico psichiatra non può indulgere a particolarismi terapeutici e possibili reazioni negative che - stante la personalità dei soggetti cui viene offerta - potrebbe ingenerare dubbi ed incertezze nocive. In un caso del genere il paziente riceverebbe danno anziché vantaggio dalla azione del medico.

"Appare opportuno riconoscere al medico un ambito di discrezionalità entro cui egli possa valutare liberamente se è il caso di informare più o meno dettagliatamente il malato, salva una informazione minima di base sempre dovuta a tutti. Ciò, dal punto di vista giuridico consente di ripartire meglio l'onere della prova fra le parti in causa, nel senso che l'attore sarà tenuto a provare i fatti che possono far apparire infondata la valutazione soggettiva del medico a limitare l'informazione, mentre toccherà al convenuto dimostrare che c'erano i presupposti per il privilegio terapeutico" (A. Maria Princigalli).

Un caso di informazione e consenso tutto di competenza psichiatrica è quello in cui il medico ritenga utile un trattamento di elettroshok.

Per la necessità di operare in narcosi, quindi, l'informazione ed il consenso diventano duplici e - così come la responsabilità professionale - separata tra i due professionisti, anestesista-rianimatore e psichiatra.

Vizi di consenso

Perché possa parlarsi di consenso valido e informato è indispensabile che questo risulti immune da vizi.

Perché il consenso risulti immune da vizi debbono ricorrere una serie di circostanze che assumono il ruolo di un vero e proprio protocollo.

- A) La maggiore età del paziente. Se questi è minore, a prescindere dalle considerazioni fatte sopra in merito a consenso e relatività della minore età rispetto ad esso, il consenso deve essere espresso dai genitori congiuntamente; in caso di dissenso tra essi è il giudice che deve esprimersi in proposito.
- B) La capacità psichica del paziente, accertata attraverso il colloquio preliminare durante il quale viene fornita l'informazione sulle condizioni di salute, la natura e il significato della prestazione che il medico si accinge a prestare. Se sussiste incapacità psichica, anche temporanea e transitoria il medico esigere un consenso da parte di un familiare che ne ha facoltà o di chi eventualmente abbia la rappresentanza legale.
- C) La buona fede dei contraenti.
- D) L'accordo esplicito che il paziente possa revocare il consenso in qualsiasi momento.
- E) L'informazione previa, che deve essere corretta ed esaustiva, nonché compresa da chi presterà il consenso.
- F) Il protocollo terapeutico concordato con il paziente deve essere rispettato. Ogni variazione di questo esige un rinnovato consenso.

Il comportamento dello psichiatra

Dopo questa lunga disamina degli aspetti giuridici, medici e medico-legali che interessano il capitolo del cosiddetto consenso informato è fondamentale rivolgersi all'atteggiamento pratico che lo psichiatra deve avere quando inizia un trattamento terapeutico.

Fermo restando il suo obbligo di fornire le informazioni in ogni caso, resta pur sempre a sua discrezione la valutazione della personalità psichica del paziente che ha di fronte.

E' proprio compito clinico dello psichiatra quello di valutare il grado di attenzione, di comprensione e la coerenza e validità della risposta ricevuta. Pertanto, sia che trattasi di soggetto per il quale si giudichi opportuno un trattamento farmacologico, sia che detto trattamento sia previsto del tipo analitico, di fronte ad un rifiuto, il medico deve astenersi dal dar corso alla terapia.

In caso di accettazione sarà compito dello psichiatra il verificare, anche nel prosieguo della terapia, se il paziente è sempre consapevole, al punto da considerare il consenso ancora operante.

Proprio nei trattamenti di lunga durata va tenuto presente che il consenso non è un atto formale, assunto il quale il medico ha libertà di manovra fintantoché lo ritiene necessario. Il consenso all'atto medico ha la caratteristica di poter essere revocato in qualsiasi momento e di questo lo psichiatra deve tener conto con una verifica attiva della collaborazione – e quindi del consenso - del paziente.

Circa la formalizzazione dell'atto di consenso sarà opportuno raccogliere un documento scritto almeno per quei casi che hanno un certo carattere di invasività: ci riferiamo ai trattamenti con elettroshock e a quelli con farmaci neurolettici che possono alterare sia le condizioni psichiche del paziente che quelle fisiche.

Il medico psichiatra conosce bene le controindicazioni e le influenze che alcuni psicofarmaci hanno sul fisico dell'individuo: ed è appunto in questo tipo di terapie che è fondamentale che egli non solo verifichi clinicamente, prima e durante il trattamento, l'assenza di pericolosità nel soggetto, ma sarà opportuna una copertura di responsabilità attraverso la formalizzazione scritta di un consenso che per essere "informato" deve essere preceduto da un dettagliato foglio di informazioni.

Per una valida formalizzazione è indispensabile che il paziente, o chi per lui, ponga la firma sia sul foglio di informazioni che su quello del consenso attraverso un protocollo medico-legale che non va disatteso.

Il consenso agli accertamenti diagnostici

Lo psichiatra, come ogni altro specialista, ha la necessità di effettuare accertamenti diagnostici.

Essi possono essere di natura non cruenta e/o immuni da rischi (visite specialistiche, esami di laboratorio) o cruenti e perciò presentanti un certo coefficiente di rischio (esami radiografici, angiografici, iniezioni di mezzo di contrasto ecc.).

Come principio generale è indispensabile limitare gli esami cruenti al minimo, utilizzando semmai accertamenti analoghi effettuati di recente da altro specialista o struttura sanitaria che dia affidabilità, anche per non sovraccaricare un paziente che spesso è sottoposto a un lungo iter diagnostico strumentale.

Un caso particolare, in cui tale attenzione deve assumere caratteristiche particolari è quello che vede lo psichiatra quale fiduciario di una compagnia di assicurazione.

Egli assume il difficile compito di medico controllore, di medico fiscale.

A prescindere dai diritti e doveri insiti nella autonomia professionale e nel rispetto del codice deontologico, lo psichiatra, così come ogni altro medico deve – nella eventualità che gli necessitino dati provenienti da esami cruenti, in particolar modo da esami radiografici, perché tali sono considerate le indagini semeiologiche che utilizzano radiazioni ionizzanti – essere particolarmente attento a fornire informazioni e richiedere il consenso del paziente, non esitando a ricorrere a esami meno rischiosi, anche se meno probanti, quando il paziente rifiuti recisamente di sottoporsi all'esame indicato.

Per quanto attiene alle indagini radiologiche a scopo medico-legale e assicurativo, una legge recente (n. 230 del 12 marzo 1995) ha stabilito precise norme sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti:

“Particolare attenzione deve essere posta nella giustificazione delle indagini radiologiche espletate su singole persone o su particolari gruppi di persone con fini medico-legali e di assicurazione. Per questi esami è escluso l’impiego della radioscopia diretta” ... “Tali esami vengono effettuati con il consenso della persona interessata”.

E’ buona norma: motivare, magari nella richiesta scritta fatta al radiologo, l’esame e il fine che esso si prefigge; sottolineare che per l’indagine specialistica che si domanda è stato chiesto e ottenuto il consenso informato del paziente (il radiologo non è esente dal chiederlo a sua volta).

MODELLO DI INFORMAZIONE:

(paziente non in condizione di decidere autonomamente)

Informazione in merito al caso clinico del paziente.....

nato a.....e residente a.....

Lo psichiatra cui i familiari del paziente si sono rivolti per la valutazione diagnostica e la proposta terapeutica riguardante il caso ha condotto il medico a formulare diagnosi di:

.....

La patologia, che comporta la perdita parziale o totale, costante o temporanea, della capacità di intendere e di volere del paziente, impone la esposizione delle informazioni di prammatica al familiare o all'avente diritto

signor.....

con grado di parentela.....

con mandato.....

L'affezione del paziente si giova abitualmente del trattamento

- a) farmacologico a base di
- b) con elettroschok
- c) terapie psicologiche e/o psicoanalitiche

sul quale trattamento possono esistere riserve da parte della scienza consolidata sia sulla validità terapeutica, che non potrà necessariamente essere risoltrice della patologia (guarigione stabile e definitiva), sia sulle possibili ed imprevedibili influenze negative sotto il profilo fisico e psicologico.

Ciononostante lo psichiatra che prenderà in cura il/la paziente ritiene in scienza e coscienza che la terapia proposta sia, al momento, la più idonea al trattamento terapeutico del caso.

Chi riceve dette informazioni dichiara di aver ben compreso il loro significato.

Lo psichiatra

per il paziente

ATTO DI CONSENSO

Il sottoscritto.....

.....

nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, dopo aver preso visione delle accluse e sottoscritte note informative sulle condizioni di salute mentale del paziente

.....

e sulle prospettive terapeutiche, ivi comprese le ampie riserve sull'esito stabile e definitivo del trattamento proposto, trattamento che peraltro appare al momento il più idoneo, acconsente alla terapia

proposta dal dott.\prof.....

per il proprio congiunto/affidato.....

sollevando sin d'ora il medico da responsabilità derivanti dal trattamento medesimo che non siano quelle determinate da una sua condotta negligente.

Il responsabile

MODELLO DI INFORMAZIONE:

(paziente in condizione di decidere autonomamente)

Informazione in merito al caso clinico del paziente.....

nato a.....e residente a.....

Lo psichiatracui il signor

.....si è rivolto per la valutazione diagnostica dei propri disturbi e la conseguente proposta terapeutica ha formulato la seguente diagnosi:

.....

La patologia, che di che trattasi si giova abitualmente del trattamento

- a) farmacologico a base di
- b) con elettroschok
- c) terapie psicologiche e/o psicoanalitiche

Lo psichiatra che prende in cura il/la pazienteritiene in scienza e coscienza che la terapia proposta sia, al momento, la più idonea al trattamento terapeutico del caso, pur esprimendo al paziente le doverose riserve sull'esito del trattamento (guarigione stabile e definitiva) e sulle sue possibili influenze fisiche e psichiche che da detto trattamento possano derivare. Esse comunque saranno valutate e corrette in corso di terapia.

Chi riceve dette informazioni dichiara di aver ben compreso il loro significato.

Lo psichiatra

Il paziente

ATTO DI CONSENSO

Il sottoscritto.....

.....

nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, dopo aver preso visione delle accluse e sottoscritte note informative sulle sue condizioni di salute mentale

.....

e sulle prospettive terapeutiche, ivi comprese le ampie riserve sull'esito stabile e definitivo del trattamento proposto, trattamento che peraltro appare al momento il più idoneo, acconsente alla terapia

proposta dal dott.\prof.....

sollevando sin d'ora il medico da responsabilità derivanti dal trattamento medesimo che non siano quelle determinate da una sua condotta negligente.

Firma

Data

BIBLIOGRAFIA

- Accarino B. "Figure del consenso, soggetto morale e istituzioni politiche nella filosofia moderna"
Milella 1989

- Albeggiani F. "Profili problematici del consenso dell'avente diritto"
Giuffré 1995

- Antolisei F "Manuale di diritto penale"
Giuffré 1994

- Barni M. "Relazione al convegno di studi, trattamenti sanitari tra libertà e doverosità"

Roma 1.12.1982 - Jovene 1983

- Battaglini G. "Sul consenso dell'avente diritto" (art. 50 cod.pen.)

in Rivista Italiana di Diritto Penale - vol V, 1933, pag.150

- Bellucci G. "L'anestesista rianimatore, la legge, la deontologia" pag 41

Piccin 1987

- Brasiello T. "Il consenso del paziente negli interventi chirurgici"

in Nuovo Diritto - 1964, pag.461

- Cattaneo G. "Il consenso del paziente al trattamento medico-chirurgico"

in Riv. Trimestr. di Diritto e Procedura Civile, vol. II, 1957

- Chiodi V. "Il consenso del paziente"

Giuffré 1983

- Comitato Nazionale per la bioetica "Informazione e consenso all'atto medico"

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartim. per l'inform. e l'editoria.

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - 20.6.1992

- Criscuoli G. "Ragionevolezza e consenso informato del paziente"

Rassegna di Diritto civile 1985, vol. I, pag.480

- Cuyas M. " Il consenso informato in medicina"

Civiltà Cattolica 1993, vol II, pag 61

- Dell'Erba A. "Il consenso alla prestazione medico-chirurgica"

Minerva 1973

- De Matteis R. "La responsabilità medica. Un sottosistema della Responsabilità civile".

pag. 210 - Cedam 1995

- De Pietro O. "Consenso dell'avente diritto e consenso del paziente"

Mediserve 1988

- D'Orsi V. " La responsabilità civile del professionista"

pag. 173 Giuffré.

- Fadem R. R. Beauchamp " A History and theory of informed consent"

Oxford University Press 1986 New York

- Fineschi V. "La responsabilità medica in ambito civile. Attualità e prospettive"

pag.511 - Giuffré 1989

- Federazione Nazionale Ordini dei Medici - Nuovo Codice di Deontologia Medica (ottobre 1998)

- Ferrando G. "Chirurgia estetica, consenso informato del paziente e responsabilità del medico"

in Nuova Giurisprudenza civile 1995 vol I, pag 941

- Fineschi - Gabrielli "Informazione e consenso all'atto medico, legislazione regionale italiana"

Federazione Medica 3/1986

- Fornari U. — "Quale consenso informato in psichiatria" Atti del convegno FNOOMMCeO /

OOMM Torino – Centro Scientifico Editore - 1997

- Fresia V. "Luci e ombre del consenso informato"

in Riv Ital. di Medicina legale 1994, pag 895

- Gerin C. Antoniotti F. Merli S. "Medcina legale e delle asiicurazioni"

pag 364, 406, 512. Soc Edit. Universo

- Gualdi M. - Ciauri A. "Il consenso informato in chirurgia refrattiva ed onere probatorio del corretto adempimento da parte del professionista al dovere di informazione"

Il nuovo diritto 1991, vol II, pag 781

- Jadecola G. "Consenso del paziente e trattamento medico-chirurgico"

Cedam 1989

- Jourdan S. – " Aspetti giuridici e medico-legali del consenso informato in psichiatria" Atti del

convegno FNOOMMCeO / OOMM Torino – Centro Scientifico Editore - 1997

- Lucente G. "La responsabilità professionale in materia di chirurgia rifrattiva"

in Atti XII Corso di aggiornamento APIMO - 1990, pag. 273

- Macchiarelli L. "Medicina legale e delle assicurazioni" pag 1277/1282

- Magliona B. " Il consenso informato: da enunciazione di principio a criterio che legittima l'attività medico-chirurgica"
in Riv. di diritto penale e processo 1996 - pag 775

- Mariotti P. , Masaraki G., Rizzi R. "I diritti dei malati" pag.7
Giuffré

- Merli S. "I limiti dell'informazione al paziente"
Zacchia 1989

- Nannini Ubaldo G. "Consenso al trattamento medico. Presupposti teorici e applicazioni giurisprudenziali in Francia, Germania e Italia"
Pubblicazioni della facoltà giuridica della Facoltà di Ferrara. Giuffré 1989

- Perlingeri P. "Il diritto alla salute quale diritto della personalità"
in Rassegna Diritto Civile 1982 - pag 1020

- Petti G.B. "Il risarcimento del danno biologico" pag 89
UTET 1997

- Polvani M. "Il consenso informato all'atto medico: profili di rilevanza penale"
in Giustizia penale 1993, parte II, pag 734

- Princigalli A.M. "La responsabilità del medico" Pubblicaz della facoltà giuridica dell'Università di Bari. pag 187 Jovene 1983.

- Quarto Congresso della Società Italiana di Oftalmologia Legale - "Il consenso all'atto medico in oftalmologia"

Fabiano 1998

- Riz Roland "Consenso dell'avente diritto"

Cedam 1979

- Rovera G.G. – "La validità del consenso informato nella persona con disturbi psichici" da Atti del convegno FNOOMMCeO / OOMM Torino – Centro Scientifico Editore – 1997.

- Secondo Congresso della Società Italiana di Oftalmologia Legale - "La responsabilità professionale nella pratica oftalmologica" pag 81.

Mattioli 1995

- Tucci F. "Argomenti di Medicina legale oculistica" pag 13

Fogliazza 1992

- Tucci F. "Oftalmologia legale" pag 47

SIFI 1997

- Zangani - De Pietro "Consenso informato - Aspetti medico-legali"

SIC Soc.1986

