

IL CONSENSO INFORMATO IN PSICHIATRIA

L'attuale dibattito relativo all'acquisizione del consenso all'atto medico costituisce uno degli aspetti di maggiore interesse ed insieme di "problematicità" dell'opera medica complessivamente considerata, in vista delle finalità preventive, terapeutiche nonché riabilitative ad essa connesse.

In tale prospettiva anche la "prassi clinica psichiatrica", pur considerata nelle sue più varie tipologie terapeutiche tutte comunque riconducibili alla definizione di "atto medico", non può né deve, discostarsi dalla ricerca dei fondamenti di "giustificazione" legale e disciplinare dell'esercizio della relativa competenza specialistica.

Una trattazione dell'argomento "consenso informato" non può dunque sfuggire al tentativo di inquadrarne, definendoli, i presupposti sotto il profilo del nostro ordinamento costituzionale, legale penalistico e civilistico, nonché deontologico, poichè tali principi si riversano, in modo tutt'altro che marginale, nell'attività del sanitario, essendo a presupposto dell'adeguamento ad una corretta prassi medica.

Il "consenso informato" costituisce in realtà lo snodo cruciale delle attuali riflessioni che hanno pertinenza con i *fondamenti di liceità dell'atto medico*.

Il principio del "consenso informato" comparve formalmente per la prima volta sulla scena della giurisprudenza in America nell'anno 1914, allorchè, nella famosa sentenza del giudice Cardozo, si formulò il principio che "ogni essere umano adulto e sano di mente ha il diritto di decidere ciò che sarà fatto sul suo corpo, e che un chirurgo che effettua un intervento senza il consenso del suo paziente commette un'aggressione per la quale egli è perseguibile per danni".

Neppure per la cultura medica italiana il principio del "consenso informato" costituisce un evento nuovo, ma essa, soltanto del tutto recentemente e, verosimilmente, sulla spinta della crescita e dello sviluppo della disciplina che nella cultura medica anglosassone degli anni Settanta assunse denominazione di "bioetica", ha riscoperto "concetti che già le appartennero nell'Umanesimo rinascimentale, caratterizzati dalla scoperta della centralità dell'uomo, come meglio oggi si intende, della persona umana", con tutti i problemi e le potenzialità che la caratterizzano e "non solamente quale la vittima della malattia o, addirittura, il luogo in cui la malattia agisce".

Si assiste dunque ad una maggiore attenzione nei confronti dei *diritti della persona e della sua peculiare forma di "dignitas"*, cui corrisponde, in medicina, una più estensiva interpretazione del principio di responsabilità del *neminem laedere*, ciò induce a considerare, anche nella sensibilità comune, come "illecita" l'imposizione o l'attuazione di un intervento medico per il solo fatto che "il sanitario, nella sua indiscussa autorità o competenza, ritiene che esso sia o possa essere utile".

E' dunque allora opportuno ripercorrere il cammino che nella storia europea ha condotto al riconoscimento del valore fondamentale da attribuirsi al principio di "autonomia" della persona umana, anche per gli aspetti di pertinenza della pratica

sanitaria, principio che si declina in forma di "consenso informato" nella contemporanea accezione della giustificazione morale e liceità legale dell'attività medica.

I principi che sottendono la "prassi medica", unanimemente riconosciute da tutte le organizzazioni Mediche Mondiali, furono elaborati in seguito al processo di Norimberga, le cui conclusioni, per l'etica medica e la deontologia professionale, furono poi formalizzate nel Congresso Medico Mondiale di Helsinki e in quello di Tokyo; tale processo "lavò" anche la colpa originaria (la collaborazione al genocidio del popolo eletto), commessa dalla classe medica sotto il dominio nazista, a causa dell'asservimento incondizionato della deontologia ed etica professionale medica alle norme di una Legge statale "degenerata", a dispregio dei diritti dell'intera umanità.

E' in tale panorama storico e culturale, caratterizzato da una forte tensione "antiriduzionistica" ovvero dall'"ideologia dell'antiregolazione", che si assiste ad una nuova attenzione ai diritti genuinamente attribuibili (diritti naturali) alla "persona umana", a maggior ragione pertinenti a quella che soffre.

Essi sono senz'altro rappresentati dal diritto alla vita e alla libertà. Ciascun uomo ha dunque *fondamentalmente* il diritto di essere vivo (una volta nato) e di autodeterminarsi.

Non possono pertanto assumersi come lecite le limitazioni di tali fondamentali e irrinunciabili diritti a seguito, per esempio, di un mutare delle condizioni politiche ovvero, e questo costituisce evenienza ben più frequente, per la presenza o l'irrompere della malattia nella vita dell'uomo.

E' pertanto corretto domandarsi se gli "echi" di tali eventi e dei principi sanciti da organizzazioni sovranazionali (si veda la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo) siano rintracciabili nel diritto positivo ed altresì enunciati nella Carta Costituzionale del nostro Paese (la cui formulazione fu contestuale a tali eventi per l'aspetto cronologico); la dottrina giuridica e medico-legale è senz'altro protesa ad un positivo riconoscimento di tale "corrispondenza"; intendendo altresì, come osserveremo più avanti, che soltanto del tutto recentemente i principi costituzionali sonostati rilette alla luce di una nuova sensibilità nei confronti della persona umana prima ancora che del paziente.

In quale prospettiva si pone allora l'atto medico rispetto al bene salute? Nel 1938 Carnelutti, anticipando di quasi 60 anni la famosa sentenza della Corte d'Appello penale di Firenze dell'anno 1991, assimilò, quanto ad aspetto formale, l'atto di incisione del bisturi a quello dell'arma da taglio nella determinazione della lesione personale dolosa. E' evidente che il principale motivo del contendere attenga, anche per questo punto, alle possibili differenze di "senso" attribuibili ad un atto, in specifico l'incisione del bisturi (ma in nulla differisce, ad esempio, l'utilizzazione di un farmaco neurolettico), che formalmente appare simile alla lesione volontaria quanto ad "invasività" nella sfera di integrità psico-fisica del soggetto.

La fondamentale questione, al proposito, è se sia possibile ritenere *la differente finalità dei due atti* (quello medico e la lesione volontaria appunto) di per sè sola sufficiente a giustificare l'atto medico, e pertanto idonea a sostenere la liceità dell'atto, riconoscendo valore preminente alla finalità di "agire per il bene del paziente" connessa alla prassi medica, ovvero se debba intendersi presupposto di

tutela del diritto a non vedere menomata la propria integrità psico-fisica altro principio (la salute), pure rintracciabile nell'ordinamento costituzionale.

Si è infatti alungo ritenuto che fosse sufficiente a creare il discrimine tra *atto medico* e *lesione personale* la *finalità* già ritenuta peculiare dell'intervento medico, e cioè il principio prima richiamato (analogamente fondante in ambito etico) della "beneficiabilità", ritenendosi che per tale prospettiva il sanitario che agisse per il bene di un paziente potesse ritenersi "comunque giustificato", qualunque fosse l'esito e l'ambito di intervento della sua azione.

E' a questo punto che interviene, nel complesso percorso di evoluzione della teoria del diritto, e verosimilmente in parallelo ad una "maturazione" complessiva della coscienza dei diritti civili, una nuova valutazione del "bilanciamento" tra principi ritenuti di pari valore e dignità nell'esercizio della medicina, rappresentati dalla "beneficialità" connessa all'esercizio della medicina e dal diritto all'"autodeterminazione" della persona.

Il relativo prospetto costituisce comunque l'unico valido elemento di giustificazione dell'atto medico, il cui fondamento di "liceità" è rappresentato dall'*atto* con il quale il paziente pone in "disponibilità" al sanitario, nell'ambito del "contratto" terapeutico e ove egli stesso possa validamente disporre, *interessi e beni personalissimi* (attinenti cioè soltanto il legittimo titolare del bene) ed *inalienabili* (non possono essere sottratti a meno di non voler ridisegnare il fondamento del concetto di persona), quali l'integrità psico-fisica, in vista di un altro bene, e cioè la *salute*.

Se tale è stata l'evoluzione del pensiero della dottrina medico-legale (riassunta anche in giurisprudenza) in materia di consenso informato, l'origine del consenso informato nella norma scritta presenta ulteriori aspetti d'interesse.

Una prima analisi induce senz'altro ad evidenziare che il "misterioso" principio, "carico di luci ed ombre", del quale del tutto recentemente si è anche occupata la Consulta Nazionale di Bioetica con un pronunciamento ufficiale nell'anno 1994, compare *formalmente* sulla scena del diritto italiano a seguito del Decreto del Ministero della Sanità del 15.1.91 inerente le trasfusioni ematiche. Il disposto di legge caratterizza infatti "le trasfusioni di sangue ed emoderivati... *non esenti da rischi e dunque necessitanti di Consenso informato del ricevente...*".

Si richiede pertanto esplicitamente l'acquisizione del consenso informato ai fini dell'attuazione di una pratica medica; assume non indifferente rilievo che tale necessità sia avvertita dalla norma non perchè la pratica medica in questione presenti "rischi certi", bensì perchè non può dirsi che essa ne sia "esente".

Da ciò è stato in dottrina positivamente dedotto che veramente ristretta sia la fascia di *atti od interventi* medici eseguiti sulla persona umana tali da non richiedere preventiva acquisizione di *consenso informato*, in "quanto esenti da rischi", ponendosi semmai in discussione quantità e qualità dell'informazione commisurata al rischio.

Occorre allora interrogarsi circa la natura della norma che, antecedentemente al disposto di cui al D.M. 15.1.91, possa aver significato e senso di "consenso informato".

E' ormai unanime in giurisprudenza ed in dottrina, nell'analisi della problematica in oggetto, il riferimento all'art. 32 della Costituzione, che riassume la duplice valenza collettiva ed individuale del bene salute costituzionalmente tutelato in veste di diritto primario che il cittadino *può* reclamare (II comma dell'art.32 Cost. : "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di Legge. La Legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana").

L'esercizio di un diritto primario alla salute (tale da intendersi dato l'ambito di previsione costituzionale) può pertanto presupporre a fondamento soltanto la libera "volontà" da parte del legittimo titolare del bene (la persona fisica di maggiore età, capace di intendere e volere).

La norma statuisce in relazione all'ordinamento penale (art. 54 C.P.: "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, *nè altrimenti evitabile*, sempre che il fatto sia *proporzionato* al pericolo") che ove siano presenti condizioni cliniche tali da configurare lo "stato di necessità" sia possibile prescindere dall'"adesione" del soggetto legittimo titolare del bene salute (il "*consenso dell'avente diritto*") senza per questo violare la legge (cause di esclusione della "punibilità).

Da ciò si deduce che "volontà" di adesione significhi "libero convincimento" e "consapevolezza" del titolare del diritto.

La conclusione cui perviene la dottrina ormai maggioritaria è che il principio del "consenso valido" (e cioè informato) ai trattamenti sanitari sia stati iscritto dal Legislatore costituente nell'art. 32 Cost. e che le successive disposizioni di organi ministeriali non siano che "esemplificazioni" di tali principi (correttamente) inserentisi in tale solco.

Tale prospettiva interpretativa pone limitazioni non soltanto al medico, ma anche al paziente, perchè anche per l'interessato esistono beni non disponibili (art. 5 C.C., nella parte riferentesi agli "atti di disposizione del proprio corpo" da ritenersi non legittimati), ovvero le circostanze (art. 54 C.P.) già richiamate per le quali non è richiesto nè al paziente, nè al medico, il presupposto del consenso.

Come osservato, il fondamento che giustifica la richiesta del consenso è il diritto "naturalisticamente" riconosciuto alla libera autodeterminazione degli individui umani.

Essere liberi, al di là di ogni specifica individuazione, significa essere in grado di compiere scelte "consapevoli" tanto che la categoria della "libertà" non viene comunemente applicata in filosofia morale agli animali e soltanto parzialmente ai cosiddetti "umani marginali" (quali i soggetti affetti da disabilità psichica); tale scelta può essere autentica soltanto a seguito di preventiva "informazione" del soggetto cui compete l'assenso agli atti di disponibilità della propria integrità fisica.

Ecco allora porsi il problema, nel rapporto medico-paziente che è "sbilanciato" quanto a reale conoscenza della possibilità del mercato della salute e della relativa competenza tecnica (paradossalmente, soltanto colui che eroga la prestazione, il sanitario, conosce il reale fabbisogno del paziente), di come possa colmarsi una

"lacuna" a tutto vantaggio della parte più debole del rapporto, cioè il paziente.

Una libertà autentica può costituirsi soltanto laddove la parte "forte" del rapporto in causa "realmente" utilizzi energie, "impegno" in vista di tale informazione, che esige, inutile negarlo, tempo e disponibilità professionale ed umana.

La libertà del paziente, pur completa nei limiti definiti dalla legge, rischierebbe altrimenti di venire completamente vanificata, divenendo un atto "privo di senso", ovvero soltanto l'adempimento burocratico cui prima si faceva riferimento.

Il principio di autodeterminazione del paziente può effettivamente porsi in azione soltanto se egli sia in grado di valutare rischi e, soprattutto, di formulare "preferenze, valori inerenti effettive "alternative" terapeutiche.

E' questo un approccio al principio di autodeterminazione ampiamente sottolineato dalla letteratura anglosassone, che sottolinea la *possibilità/doverosità* di rendere il paziente "competente" alla gestione delle scelte inerenti la propria salute, sia essa da intendersi quale "conseguimento" di maggior benessere.

Il termine "competente", di derivazione nordamericana, riassume in sé non soltanto il significato giuridico di capacità legale, ma anche quello di *idoneità psichica non turbata da condizione patologiche*. In riferimento alla "competenza" del paziente (cfr. Documento della Consulta di Bioetica) la giurisprudenza dei Paesi di Common Law ha da tempo chiaramente enunciato il concetto di "battery", cui far affluire ogni procedura diagnostico-terapeutica o meramente sperimentale non confortata da esplicito o documentato consenso o, se anche consentita, insufficientemente recepita da un soggetto passivo che non sia completamente libero di volere ovvero che sia ignaro almeno in parte delle probabili o possibili complicità a motivo di una informazione carente, reticente o addirittura maliziosa. Si tratta dunque di una condizione di *illiceità comportamentale in sé medesima considerata, anche se non sostanziata cioè da effetti negativi*; tale posizione è stata in vero scarsamente esplorata dalla nostra giurisprudenza, non ancora in tal direzione sollecitata dalla casistica e dalle tendenze rivendicative tutte protese sul danno piuttosto che sull'illecito, onde la "violenza" è ormai invocata sempre più spesso quale espressione di un comportamento ingiusto ma solo in costanza di conseguenze tali da configurare la lesione personale o l'omicidio.

Non è tuttavia esclusa ed eludibile nel nostro ordinamento la possibilità giudiziaria che un trattamento medico non esplicitamente consentito dal soggetto passivo, ancorché non produttivo, temporaneamente o permanentemente, di conseguenze lesive e magari accompagnato solo da reazione dolorosa o da semplice, ma non per questo meno grave, mortificazione dell'intimità personale, sia riferito all'ipotesi delittuosa della *"violenza privata"* (art. 610 C.P.), *che delinea una violenza morale.*)

Tramontata l'ipotesi della psichiatria "custodialistica", vi è infatti il pericoloso riaffiorare della tendenza alla concezione "paternalistica" del paziente, in veste di principio di "beneficialità" comunque connesso all'opera medica.

Se tale riflessione critica ("modulazione" dell'informazione fornita al paziente) può porsi in relazione all'informazione che potremmo definire "obiettiva", cioè relativa alla natura dell'infermità ed a quella del trattamento proposto (in determinata fase dell'intervento terapeutico), nessuna forma di limitazione riteniamo di intravedere in

relazione all'informazione "subiettiva", relativa cioè alle competenze specialistiche e professionali dell'operatore. L'aspetto deontologicamente più pertinente di tale problematica riguarda senz'altro la tipologia di trattamento messa in opera dal terapeuta, a sua volta in riferimento alla caratteristica "formazione" - scientifica e culturale - ed alla sua qualificazione professionale.

Non si ritiene fondata, a tal proposito, alcuna preclusione all'informazione "subiettiva", la più esplicità possibile, per gli aspetti giudicati "essenziali": in tal senso potrebbe certamente valutarsi come indebita "omissione" (già intesa quale "battery" dalla letteratura giuridica dei Paesi Common Law) la carenza di informazione sulle "fasi" del trattamento messo in opera, la sua natura (per gli aspetti essenziali) e i suoi rischi, la "tipologia" di approccio attuata dal terapeuta, caratteristiche tutte che integrano il significato di "consenso valido" in quanto specificamente rivolto ed "immune da vizi"; tali aspetti dell'informazione implicano una conoscenza-validazione da parte del paziente delle diverse possibilità di approccio terapeutico prospettate dall'operatore di salute mentale, la conoscenza della sua personale formazione e, non ultimo, la possibilità di *altra terapia*: ciò significa, in ultima analisi, fornire conoscenza della possibilità di *alternativa terapeutica*.

Proprio in relazione agli aspetti di carente informazione può evidenziarsi il carattere della "battery", ovvero, con riferimento al nostro ordinamento legale, quello dell'ipotesi delittuosa di "violenza privata" (art. 610 C.P.), qualora dall'omissione di specifica informazione derivi la violazione del fondamentale principio di tutela della libertà individuale, acclarato nella *impossibilità, per il paziente "non edotto", di effettuare "diverse" scelte autonome*.

Tale problematica si amplia, in caso di psicoterapia, soprattutto in relazione alla diffusione di varie "scuole", fenomeno che fa sì che il trattamento assuma peculiari aspetti in relazione alla specifica "formazione" analitica del terapeuta, ovvero ancora per la possibilità, di recente formulazione, di assumere figure inizialmente estranee alla relazione terapeutica in veste di "garanti" del consenso e dell'equità della relazione terapeutica.

Pertanto, al di fuori degli "stati di necessità" (art. 54 C.P.), ove il consenso non è neppure richiesto, e delle previsioni ex lege di trattamenti sanitari obbligatori, è dunque il "valido consenso dell'avente diritto" che può giustificare l'atto di "disponibilità" dell'integrità psico-fisica del paziente.

I requisiti di *validità* del consenso, ormai ampiamente acclarati dalla dottrina, consistono nella legittima autorizzazione del titolare del diritto (consenso "personale"), ovvero dei legali rappresentanti in caso di minori o interdetti, a seguito di adeguata "informazione" circa natura, vantaggi e probabili rischi di un'opzione terapeutica; si forma così il consenso "personale, libero, informato, immune da vizi".

La domanda che sorge spontanea, naturalmente non differibile, per tutti gli esercenti la professione medica, attiene il "quanto" ed il "come" dell'informazione.

La maggior parte delle esperienze di acquisizione del consenso informato in ambito ospedaliero tende a ricondurre tale parte della prassi medica alla mera compilazione di una modulistica prestampata, talora ampiamente disattesa quanto a possibilità di

reale, efficace comprensione del messaggio sanitario da parte del paziente.

E' infatti ampiamente emergente un reale fraintendimento della "medicina difensiva", cosicchè dire "tutto e subito" al paziente costituirebbe un efficace mezzo di tutela in prospettiva di possibili rivalse legali.

Non si pone affatto attenzione, per lo più, alla possibilità di valutare l'"efficace" comprensione del messaggio informativo, trascurando il fatto che proprio nel contesto della "prassi" medica, cioè nel quotidiano esercizio della professione, l'acquisizione del consenso non possa costituire un atto isolato e concluso in un determinato intervallo temporale; esso deve infatti, quanto a significato, sostanzialmente assimilarsi ad un "coinvolgimento in divenire", che presuppone una "formalizzazione" (tale può intendersi l'assenso per iscritto del paziente), ma essa è vincolata quanto alla forma dalla norma scritta, nè tale "attestazione" per iscritto configura di per sè dimostrazione della volontà del paziente; la "gradazione" dell'informazione (secondo l'interpretazione della dottrina maggioritaria ed in relazione al disposto del *Codice di deontologia medica*) è compito demandato al sanitario, in relazione a pericolosità ed importanza dell'atto medico prospettato.

I "criteri" cui soggiace la scelta del modo, del tempo, dell'oggetto dell'informazione sono senz'altro individualmente rintracciabili sulla scorta del "bilanciamento" di interessi essenziali del paziente; tali interessi, posti in gioco nel tentativo del paziente di evitare di essere "guidato" nel doloroso cammino di malattia, talora senza uscita, rappresentati dai valori di autodeterminazione, salute e consapevolezza, sono posti alla base del "contratto" terapeutico, che richiede il fondamento di "fiducia" nei confronti del sanitario; tale prospettiva, che delinea un paziente finalmente "pari" nella relazione terapeutica, è stata riassunta nella felice espressione "the patient as a person".

Non sembra pertanto casuale che anche nella più recente versione del *Codice di deontologia medica* (giugno 1995) la tematica del consenso informato abbia ricevuto grande attenzione, tanto da riaffermarsi in un autonomo articolo finalità e caratteristiche dell'"informazione al paziente" (art. 29); nell'art. 31 relativo al "consenso informato" (libero, personale, finalizzato ad uno specifico trattamento, immune da vizi) si riafferma il principio che ben diversa cosa è l'informazione autentica e fondante del convincimento del paziente, rispetto all'adesione scritta, "integrativa ma non sostitutiva dell'informazione", che non può essere circoscritta in un modulo, nè per tal fatta configurare attestazione di volontà che sollevi il sanitario da qualsivoglia responsabilità.

Chiarite dunque le caratteristiche essenziali dell'informazione, la cui ultima tappa consiste nell'accertamento dell'avvenuta "comprensione" da parte del possibile paziente dell'intervento prospettato, occorre illustrare anche possibili conseguenze legali derivanti da assenza o carenza di consenso, o da utilizzazione di un consenso non validamente "formato".

Giurisprudenza e dottrina ormai concordemente ravvisano le tipologie di reato di *violenza privata* (art. 610 C.P.) ove, dall'atto illecitamente effettuato non derivi alcun danno per il paziente (si viola soltanto la "libertà" di quest'ultimo, non la sua integrità psico-fisica), e di reato di lesioni personali dolose (evidente il richiamo alla posizione di Carnelutti, riaffiorata nella più recente giurisprudenza), ove dall'intervento effettuato senza consenso del paziente derivi un danno per ciò stesso

definito illecito, riconoscendo la "volontarietà" dell'atto antigiuridico proprio nell'aver "intaccato" beni di cui non potevasi (per il sanitario) altrimenti disporre se non in presenza del valido consenso del titolare di essi.

Ove dall'atto medico-chirurgico effettuato senza valido consenso ("informato") derivi la morte del paziente, si configura il reato di omicidio preterintenzionale.

Nella prospettiva del diritto civile (caratterizzato da una eminente finalità "riparativa", rispetto alla prospettiva "preventiva" tipica invece del diritto penale) un contenzioso che riguardi la responsabilità professionale medica da assenza di consenso, e solo ove si sia verificato il danno alla persona, costituirà uno degli elementi di valutazione equitativa delle sofferenze morali patite del paziente.

L'ordinamento costituzionale risulta estremamente esemplificativo nello statuire un fondamentale spartiacque tra trattamenti sanitari volontari, che pure costituiscono la "norma" nell'intervento medico, e trattamenti sanitari obbligatori; entrambe le tipologie di trattamento debbono comunque garantire il rispetto della libertà e della dignità della persona (art 13, I comma della Costituzione: "La libertà personale è inviolabile"); i trattamenti sanitari volontari vengono posti in essere dopo che sia stato acquisito il "valido consenso" del soggetto titolare del diritto alle cure.

I trattamenti sanitari obbligatori attuati per "infermità di natura psichica tale da richiedere urgente intervento", sono definiti dalla legge e strettamente individuati quanto a modalità attuative; anche per tali fattispecie la norma indica comunque la necessità di porre in essere "tutte le modalità atte ad acquisire il consenso dell'interessato".

Stante la volontarietà "di norma" del trattamento, si pongono le problematiche cui sopra accennavamo, data la necessità che chi acconsente al trattamento fornisca il consenso.

La valutazione del consenso quale "limite iniziale e finale di liceità dell'atto medico", al di fuori dei casi di trattamento sanitario obbligatorio contemplati dal nostro ordinamento giuridico ovvero ad eccezione dei casi nei quali possano legittimamente ravvedersi gli estremi della condizione di "stato di necessità", in relazione al disposto dell'art. 54 del C.P., significa, innanzitutto, concentrare l'attenzione sulle caratteristiche, sui "requisiti", che tale consenso debba possedere, affinché ne risulti suffragata la "validità".

Secondo dottrina e giurisprudenza ormai consolidate, è da ritenersi "valido" il libero consenso erogato dal soggetto titolare del diritto alle cure, *cosciente*, debitamente informato, in specifico riferimento al trattamento di cui in causa, ciò che implica, ovviamente, una rinnovata acquisizione del consenso quando si appalesi la necessità di modificare l'indirizzo del trattamento.

Riteniamo che tale problema presupponga, qualunque sia l'estrazione culturale (il che significa "formazione") e scientifica del terapeuta, un'opportuna riflessione nelle sedi istituzionalmente preposte (Scuole di specializzazione medica, Scuole analitiche, ecc.) alla "formazione" degli operatori di salute mentale, in attesa di un ulteriore intervento in materia di "consenso informato" da parte della Consulta Nazionale di Bioetica, con specifico riferimento alla problematica dell'infermità psichica.

Si tratta, come evidenziato, di un dibattito in corso, aperto a svariati sviluppi, meritevole di un ulteriore approfondimento, per il quale è auspicabile un adeguato apporto sia alla comunità scientifica (studi di controllo sull'effettiva capacità di comprensione del "messaggio", sulla natura dell'infermità per i disabili psichici), sia quanto ad elaborazione dottrina.

Il consenso informato è alla base di qualsiasi modalità di intervento in campo psichiatrico, e l'assenza di consenso in formato potrebbe rendere non giustificabile sul piano etico una qualsiasi forma di intervento psichiatrico.

L'unica eccezione ammissibile potrebbe essere dovuta alla accertata incapacità del paziente ad esprimere il proprio consenso.

In ogni caso sarebbe preferibile che tale incapacità fosse formalmente riconosciuta da un tribunale.

Oggi la definizione di consenso informato nei contesti operativi psichiatrici può essere vista sotto due punti di vista, che esprimono due diversi approcci nei confronti del problema etico in psichiatria.

Entrambi questi approcci risentono naturalmente della forte ambiguità che da sempre si correla al concetto di consenso informato, se applicato al contesto dell'agire psichiatrico.

Il primo approccio è focalizzato sul *principio dell'autonomia* della persona come elemento imprescindibile del percorso terapeutico e riabilitativo psichiatrico.

Sappiamo che i fondamenti attuali, dal punto di vista medico-legale ed etico, per il consenso informato si basano sul principio dell'autonomia.

Tale principio è assai presente nella letteratura scientifica anglosassone, ma la validità delle concettualizzazioni d'insieme rende utile una più estesa esplicitazione.

Il principio dell'autonomia sostiene che tutte le persone sono detentrici di un insieme di diritti, tra i quali sta il principio di autodeterminarsi, anche per quel che riguarda la scelta di curarsi o meno.

Sul problema si è ampiamente soffermato M. portigliatti Barbos riportando sia un'ampia casistica di giurisprudenza dei Paesi di Common Law avente ad oggetto di interesse l'informazione al paziente affetto da turba psichica rivolta al conseguimento del valido consenso, sia gli studi tesi a vagliare la reale efficacia dell'informazione fornita al paziente.

La prospettiva del "final decision marker" può allora modificarsi in ambito psichiatrico, ove alla valutazione del paziente può talora sostituirsi la valutazione "non value free" del terapeuta. Soltanto l'alleanza terapeutica può consentire quell'interazione terapeutica che conduce alla diagnosi ("gnosis" come conoscenza). Del resto, la "dia-gnosis" (= *attraverso la conoscenza*) assume particolare significato in questo contesto: la relazione terapeutica è progressivamente costruita in un difficile, precario equilibrio, che soltanto in fase successiva può condurre alla conoscenza dell'infermità e dunque alla "proposta" terapeutica. Sotto tale aspetto sarebbe opportuno considerare più attentamente le motivazioni (espresse ovvero

tacite), comunque rilevabili dal terapeuta, che conducono il paziente alla richiesta di "salute".

Del resto anche la Costituzione della Repubblica Italiana, nel titolo II, Rapporti Etico-Sociali, all'articolo 32 recita: "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il Codice di deontologia medica, approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del 24-25 giugno 1995, a sua volta recita all'articolo 31:

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato.

Il consenso, in forma scritta nei casi in cui, per la particolarità delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche o per le possibili conseguenze sulla integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà del paziente, è integrativo e non sostitutivo del consenso informato di cui all'art. 29.

Il procedimento diagnostico e il trattamento terapeutico, che possano comportare grave rischio per l'incolumità del paziente, devono essere intrapresi, comunque, 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 esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento contro la volontà del paziente, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 33.

La conclusione di questa dissertazione è semplice e si può descrivere in poche parole: qualunque sia la volontà del paziente, volontà serena, piena e cosciente, deve essere rispettata.

By M.Difresco