



Ordine degli Psicologi
del Friuli Venezia Giulia



**ORDINE DEGLI PSICOLOGI
della Liguria**



II CONSENSO INFORMATO in psicologia

A cura di

Marco Pingitore
Alessia Mirabelli

Luglio 2019

Informazioni

Questo manuale è a cura di Marco Pingitore e Alessia Mirabelli per conto del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia.

In collaborazione con il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Liguria
Presidente Lisa Cacia

Quest'opera è distribuita con Licenza **Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale**.

Maggiori info:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>



Ordine degli Psicologi

Consiglio del
Friuli Venezia Giulia

Trieste – via N. Tommaseo, 2
Tel: 040.366602 – Fax: 0403478373
E-mail: segreteria@ordinepsicologifvg.it
Web: www.ordinepsicologifvg.it
C.F.: 90058160327

Consiglio dell'Ordine

Roberto Calvani **Presidente**

Leila Rumiato **Vice Presidente**

Simona Mreule **Consigliere**

Evgenia Gasteratou **Segretario**

Domenico Bagatin **Consigliere**

Fabio Barban **Consigliere**

Antonella Besa **Tesoriere**

Margherita Bottino **Consigliere**

Erika Celotti **Consigliere**

Erica Cossettini **Consigliere**

Nerina Fabbro **Consigliere**

Maria Fiorini **Consigliere**

Denis Magro **Consigliere**

Corinna Michelin **Consigliere**

Giovanni Ottoboni **Consigliere**

Commissione deontologica e abuso di professione

Leila Rumiato (**Referente**)

Margherita Bottino

Erica Cossettini

Evgenia Gasteratou **Segretario**

Simona Mreule

Giovanni Ottoboni

Indice

II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Presentazione <i>di Roberto Calvani</i>	6
Presentazione <i>di Lisa Cacia</i>	8
Introduzione <i>di Marco Pingitore e Alessia Mirabelli</i>	11
Autori	12
Il consenso informato in psicologia	14
Consenso informato con persone minorenni o interdette	16
Consenso informato con persone minorenni nell'ambito della psicologia scolastica	22
Consulenza Tecnica d'Ufficio o Trattamento Sanitario d'Ufficio? <i>di Marco Pingitore</i>	24
Consenso informato: informazione e comprensione <i>di Giuliana Callero</i>	29
Conoscenza e consapevolezza di malattia nel setting del consenso informato <i>di Angela Piattelli</i>	34
Il consenso informato: un'alleanza terapeutica tra medico e paziente realmente simmetrica? <i>di Rosalbino Biamonte</i>	47
La prestazione psicologica con il soggetto naturalmente incapace: il tema del consenso e i nodi critici del rapporto con il care giver <i>di Catello Parmentola e Elena Leardini</i>	61
Il consenso informato: aspetti giuridici sostanziali e giurisprudenziali <i>di Margherita Corriere</i>	78
Proposta modifica art. 31 Codice Deontologico Psicologi Italiani <i>di Marco Pingitore e Gustavo Sergio</i>	95
Codice Deontologico degli psicologi italiani	102
Normativa in tema di consenso informato	111

Presentazione

a cura di **Roberto Calvani**
*Presidente del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi Friuli Venezia Giulia*

Questa pubblicazione sul consenso informato, Ordine Psicologi FVG, rappresenta la naturale prosecuzione di quello precedente “100 domande e risposte sul Codice Deontologico degli Psicologi” già pubblicato a cura del Consiglio dell'Ordine degli psicologi del Friuli Venezia Giulia nel 2018 e curato dai colleghi Marco Pingitore e Alessia Mirabelli.

Dal 2017 anche per gli psicologi si applicano le norme sul consenso informato ai sensi della L. 219/17. Ovviamente non è sempre stato così: per secoli, sulla base dell'insegnamento di Ippocrate, il medico ha esercitato il diritto-dovere di non rivelare nulla al paziente riguardo alle sue condizioni di salute. Questo assoluto riserbo avrebbe evitato “passi estremi” al malato e, al tempo stesso, garantiva prestigio e autorità alla classe medica. Per secoli, quindi, il consenso del malato all'atto medico non ha avuto alcuna rilevanza e rimaneva nell'ampia discrezionalità del medico la scelta delle terapie e dei sistemi di cura e se darne o (come quasi sempre succedeva) non darne conto al paziente. Ogni singolo trattamento diagnostico, ogni singola terapia, qualsivoglia intervento psicologico non può essere effettuato se non con il valido consenso dell'avente diritto, che sia stato compiutamente ed idoneamente informato in ordine al trattamento cui sarà sottoposto. Pertanto oggi la legittimazione all'attività anche dello psicologo non trova più il suo fondamento sul prestigio e sull'autorità del professionista, ma solo ed esclusivamente sul consenso informato del paziente. Appare, quindi, chiaro che l'informazione data al paziente costituisce parte integrante della prestazione psicologica che diviene essa stessa una prestazione sanitaria, al pari dell'accertamento diagnostico e dell'intervento terapeutico.

In Italia, il principio del consenso informato trova la sua base giuridica fondamentale nell'art. 32 della Costituzione secondo cui «nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale (art. 13).

Tutte le successive normative si sono adeguate a questa primaria e sovraordinata fonte di diritto. Tutte le professioni sanitarie e le attività sanitarie in genere compiute da professionisti sono interessate al tema del consenso informato. Non esiste eccezione a questo principio soprattutto dopo la L. 3/2018 che annovera anche la Psicologia tra le professioni sanitarie: il consenso informato va sempre raccolto oltre ad essere un principio deontologico e di buona pratica clinica. Per gli psicologi il tema del consenso informato permea tutto il Codice Deontologico e ricorre in molti articoli e specificamente e formalmente richiamato negli articoli 24 e 31.

Gli autori del presente lavoro, colleghi psicologi, medici, giuristi e avvocati che si sono uniti in un lavoro sinergico e interdisciplinare rappresentano, anche per le generazioni future, un esempio di vero amore per la professione e di dedizione allo sviluppo della psicologia in ogni ambito di applicazione.

Questa pubblicazione condivisa con numerosi consigli regionali degli Ordini degli Psicologi intende fornire un contributo a tutta la categoria degli psicologi, un testo di facile e immediata consultazione mediante una serie di domande e risposte specifiche sulla delicata questione oggetto di questo lavoro. La conoscenza delle norme e delle indicazioni delle corrette interpretazioni del Codice Deontologico devono rappresentare una guida per una buona pratica professionale per una professione, quella dello psicologo, sempre più attenzionata sia dagli utenti che dalle Istituzioni.



Presentazione

a cura di **Lisa Cacia**

*Presidente del Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi Friuli Venezia Giulia*

Nell'introdurre questo piccolo manuale che ha un'importanza particolare perché è dedicato al consenso informato, desidero ringraziare innanzitutto il collega e amico, Roberto Calvani, presidente dell'Ordine del Friuli Venezia Giulia, e i colleghi Marco Pingitore e Alessia Mirabelli, per l'impegno nella diffusione della cultura etica rivolta ai colleghi e per lo stimabile spirito di servizio che li ha portati a voler condividere questo nuovo progetto con altri Ordini.

Le indicazioni del nostro Codice Deontologico costituiscono una cornice, una guida indispensabile entro cui e grazie alle quali il nostro agire professionale può svolgersi in modo efficace e corretto da un punto di vista etico, diventando uno strumento che orienta e rassicura. La conoscenza e il rispetto del Codice Deontologico sono importanti tanto quanto lo è avere una buona formazione professionale. Competenza tecnica e deontologia, infatti, sono necessarie l'una all'altra.

Bisogna evidenziare, in particolare, il valore sociale del Codice che comporta da parte dei professionisti l'osservanza di norme comportamentali che tutelino la persona, tanto da diventare uno strumento attivo e unificante di promozione e di produzione dei fondamenti sui quali lo Psicologo costruisce la propria identità culturale e professionale.

Il compito dell'Ordine è quello di tutelare e promuovere la nostra professione e la salute psicologica dei cittadini per scongiurare ricadute negative e favorire il benessere della popolazione con gli strumenti che la nostra legge di Ordinamento e il nostro codice deontologico ci consentono. È importante non ridurre la deontologia al solo momento disciplinare o punitivo, ma considerarla una sorta di bussola, una guida indispensabile nell'agire professionale, tanto

quanto una solida competenza tecnica

Questo manuale sul consenso informato, a cura dell'Ordine Psicologi FVG, rappresenta la naturale prosecuzione di quello precedente "100 domande e risposte sul Codice Deontologico degli Psicologi" curato dagli stessi autori.

L'acquisizione del consenso informato ha assunto particolare rilievo con la Legge n.3/18 - *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute* - poiché lo Psicologo viene annoverato all'interno delle professioni sanitarie. Lo Psicologo è quindi tenuto ad acquisirlo quando effettua una prestazione sanitaria relativa principalmente e non esclusivamente a: prevenzione, diagnosi, attività di abilitazione-riabilitazione, sostegno, osservazione e psicoterapia, prestazioni sanitarie delicate, impegnative, a volte complesse che vanno a favorire il benessere delle persone promuovendo un cambiamento, da che ne consegue che il consenso informato è fondamentale.

La persona destinataria dell'intervento psicologico ha diritto di essere a conoscenza della finalità, della metodologia, degli obiettivi, dei limiti e degli eventuali rischi relativi alla prestazione ricevuta a cui deve aderire in modo libero e non viziato.

Attualmente, tutto questo lo Psicologo deve, a maggior ragione, tenerne conto quando lavora in certi contesti, in certe situazioni che sono diventate sempre più complicate e frequenti e che riflettono la complessità e la tensione sociale di questo momento attuale.

Vorrei anche evidenziare la criticità delle prestazioni psicologiche sui minorenni che molto spesso non vengono erogate previo consenso informato di entrambi i genitori, ma di uno solo con conseguente segnalazione al Consiglio dell'Ordine.

Tutto ciò ancora una volta, fa capire la delicatezza e la complessità del lavoro con soggetti minorenni che pone a noi professionisti dubbi, interrogativi e criticità da superare con sensibile attenzione riferendoci alle norme del nostro Codice Deontologico.



Introduzione

a cura di

Marco Pingitore e Alessia Mirabelli

Siamo lieti di presentare questo secondo manuale per conto del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia con il quale abbiamo già collaborato per la stesura del manuale "100 domande e risposte sul Codice Deontologico degli Psicologi".

In questo secondo manuale intendiamo approfondire, per la prima volta in Italia, il tema del consenso informato attraverso un taglio molto pratico a partire dall'introduzione della L. 3/18 (Legge Lorenzin), a seguito della quale, la nostra professione si annovera, finalmente, tra le professioni sanitarie. Un riconoscimento importante che permette alla Psicologia, dopo 30 anni dalla sua istituzione, di trovare un'identità e una collocazione professionale e, al tempo stesso, comporta un aumento di responsabilità da parte di tutti i professionisti incaricati: tra tutte, le conseguenze civili e penali per la mancata acquisizione di un valido e libero consenso informato da parte del destinatario delle nostre prestazioni in ambito sanitario.

Alla luce della riforma Lorenzin, infatti, il consenso informato rappresenta un elemento sostanziale che permette, non solo di tutelare i diritti e la salute dei nostri pazienti, ma anche di salvaguardare gli interessi del singolo professionista permettendo, finalmente, di poter effettuare una netta distinzione tra la nostra Professione e quelle che vorrebbero sembrare affini: se da un lato, la necessità del consenso informato in ambito sanitario impone una maggiore responsabilità e una "burocrazia" più stringente da parte del professionista, dall'altro permette di differenziarsi automaticamente da tutte quelle professioni non riconosciute che insistono illegittimamente nel nostro ambito lavorativo o che operano sulla linea del confine di esso.

Consapevoli della difficoltà di racchiudere in un solo manuale tutta l'ampiezza

e la complessità del tema sul consenso informato, questo lavoro intende stimolare e guidare le nostre Colleghe e i nostri Colleghi nell'ambito di un argomento, seppur di origini "antiche", al momento troppo "giovane" per la nostra professione di cui, perciò, si parla forse ancora troppo poco.

Sentiti ringraziamenti li rivolgiamo al Presidente e all'intero Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia, Roberto Calvani, il quale, ancora una volta, ha accordato la sua fiducia nei nostri confronti nel trattare un tema così complesso come il consenso informato in ambito psicologico. Siamo dell'avviso che le persone audaci e innovative contribuiscono ad arricchire e a promuovere la nostra Professione.

Ringraziamo, inoltre, tutti gli Autori che hanno contribuito alla realizzazione di questo volume attraverso i loro preziosi e stimolanti lavori.

E per finire...non c'è due senza tre...abbiamo già in cantiere il terzo manuale!



Autori

Rosalbino Biamonte

Dirigente oncologo Unità Operativa di Oncologia Azienda ospedaliera di Cosenza, Coordinatore PDTA tumori femminili.

Giuliana Callero

Psicologa Psicoterapeuta Mediatore Familiare, ctu e ctp. Consigliere referente per la deontologia dell'Ordine degli Psicologi della Liguria Presidente AICPF

Margherita Corriere

Margherita Corriere è avvocato cassazionista ; si occupa prevalentemente di cause di famiglia, di minori e di responsabilità medica sia in campo civile che penale. È presidente della sezione distrettuale di Catanzaro dell'AMI , Associazione Avvocati Matrimonialisti Italiani. Si dedica alla formazione degli avvocati in tema di diritti della personalità e tutela della famiglia e dei minori, organizzando annualmente numerosi eventi formativi; effettua pubblicazioni su diverse testate giuridiche on line ed è autrice di articoli specialistici sulla rivista "Il Familiarista".

Elena Leardini

Avvocato, dal 2000 è Consulente legale per la deontologia professionale degli Psicologi per diversi Enti Pubblici e Privati. Docente a contratto di Etica Deontologica, attualmente presso l'Università Cattolica di Milano (Facoltà di Psicologia) e l'Università di Urbino (Master II livello PMA). Autrice di articoli e contributi, di recente ha pubblicato con E.Calvi e G.Gulotta Il nuovo Codice deontologico degli psicologi (Giuffrè, 2018). Dal 2018, collabora con C.Parmentola per la codificazione di un linguaggio comune tra Psicologia e Diritto.

Alessia Mirabelli

Psicologa, specializzanda presso l'IIPR – Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale (Roma). In formazione nell'ambito di Interventi Assistiti con gli Animali (IAA).

E-mail: mirabelli.alessia@gmail.com - **Web:** www.alessiamirabelli.it

Catello Parmentola

Psicologo, Psicoterapeuta, è Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno. Epistemologo, clinico, docente, pubblicista, è autore di innumerevoli pubblicazioni e direttore della Collana scientifica Lagobliquo della Plectica Editrice. Estensore del Codice Deontologico degli psicologi italiani, è impegnato fin dalla istituzione della professione psicologica presso diverse Commissioni del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

Angela Piattelli

dirigente Psicologo, Psicoterapeuta e Psico-Oncologo certificato SIPO. Lavora presso l'UOC di Oncologia Medica, Dipartimento Oncoematologico dell'Azienda Ospedaliera Cosenza. Consigliere Nazionale di SIPO (Società Italiana Psico-Oncologia).

Marco Pingitore

Psicologo-Psicoterapeuta, Membro della Sottocommissione interna Atti Tipici – Gruppo di lavoro di Psicologia Giuridica presso il CNOP, Coordinatore del Gruppo di lavoro di Psicologia Giuridica presso l'Ordine Psicologi Calabria.

E-mail: marco.pingitore@gmail.com

Web: www.marcopingitore.it - www.psicologiagiuridica.eu



II CONSENSO INFORMATO in psicologia

1 Cos'è il consenso informato?

È un atto giuridico tra psicologo e paziente/utente che deve essere preventivamente acquisito in caso di prestazione psicologica di natura sanitaria. Nello specifico, lo psicologo fornisce al soggetto adeguate e chiare informazioni sui seguenti aspetti:

- ◇ **tipologia della prestazione sanitaria fornita;**
- ◇ **individuazione degli obiettivi;**
- ◇ **tempi (prevedibili);**
- ◇ **metodologia;**
- ◇ **limiti dell'intervento;**
- ◇ **possibilità del ritiro del consenso informato.**

Il presupposto indefettibile di ogni trattamento sanitario risiede nella scelta libera e consapevole della persona che a quel trattamento si sottopone. Il consenso informato, pertanto, deve essere libero e non viziato: è necessario considerare la persona destinataria della prestazione sanitaria come soggetto attivo e partecipe dei processi decisionali che lo riguardano. Non rientrano nei contenuti del consenso informato le informazioni riguardanti i costi e il trattamento dei dati personali.

2 Quali sono le norme giuridiche e deontologiche relative al consenso informato?

In ordine di rilevanza:

- ◇ **art. 32 della Costituzione;**
- ◇ **principi della L. 219/17 (artt. 1 e 3);**
- ◇ **artt. 24 e 31 del Codice Deontologico degli Psicologi.**

3 Chi è tenuto ad acquisirlo?

Tutte le professioni che erogano prestazioni sanitarie tra cui quella di psicologo che, successivamente alla Legge n. 3/18 ("Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute"), viene annoverata all'interno delle professioni sanitarie. Lo psicologo è tenuto ad acquisirlo quando effettua una prestazione sanitaria relativa principalmente e non esclusivamente a: prevenzione, diagnosi, attività di abilitazione-riabilitazione, sostegno, osservazione e psicoterapia.

4 Perché si acquisisce?

Il soggetto destinatario ha il diritto di essere a conoscenza della finalità, della metodologia, degli obiettivi, dei limiti e degli eventuali rischi relativi alla prestazione ricevuta. L'acquisizione del consenso informato deve essere libera e non viziata.

5 Cosa accade se non si acquisisce?

A titolo puramente esemplificativo, lo psicologo può incorrere nell'ipotesi di reato *ex art. 610 c.p.* (violenza privata) e subire una sanzione disciplinare dal proprio Ordine di appartenenza.

6 In che forma si acquisisce?

In forma scritta, ma potrebbe essere acquisito anche tramite videoregistrazione o, in caso di persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

7 Come si conserva il consenso informato

In qualunque forma si acquisisca il consenso informato deve essere inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

8 Quali sono i casi in cui non si acquisisce il consenso informato?

Lo psicologo non è tenuto ad acquisirlo, ad esempio, in alcuni ambiti come: psicologia giuridica, orientamento, formazione e/o ricerca.

Nello specifico, nell'ambito della psicologia forense lo psicologo non è tenuto ad acquisire il consenso informato in caso di CTU/Perizia/Consulenza Tecnica perché tale attività non rientra nell'ambito sanitario. Anche nei casi di CTU/Perizia/Consulenza Tecnica in cui sono coinvolte persone minorenni non è necessario acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale: lo psicologo è già autorizzato *ex officio* ad effettuare la prestazione psicoforense (non sanitaria) sulla persona minore d'età.

In ogni caso, lo psicologo è sempre tenuto a fornire informazioni chiare e adeguate all'utenza relativamente alle prestazioni professionali erogate.

9 Che differenza c'è tra il consenso informato al trattamento sanitario e il consenso al trattamento dei dati?

Sono due consensi distinti e separati. Il primo riguarda il consenso informato al trattamento sanitario, il secondo riguarda l'ambito della privacy.



II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Consenso informato con persone minorenni o interdette

10 Per effettuare una prestazione psicologica su una persona minore d'età, serve sempre il consenso informato da parte dei genitori?

Sì, l'art. 31 prevede l'acquisizione del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale (nel testo la definizione "potestà genitoriale" in disuso dal 2013) o la tutela. L'attuale art. 31 è significativamente cogente sul punto poiché non permetterebbe allo psicologo di effettuare alcuna prestazione psicologica (nel testo "prestazione professionale") sulla persona minore d'età o interdetta senza il preventivo consenso informato.

In ogni caso, è sempre necessario acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale (solitamente entrambi i genitori) o la tutela per le prestazioni di natura sanitaria, nonostante l'attuale art. 31 si riferisca alle "prestazioni professionali" in generale, sanitarie e non.

Alla luce della recente legge n. 219/17 – "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento" – e del costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, l'art. 31 risulta incompatibile con l'attuale disciplina del consenso informato.

Appare urgente una sostanziale modifica. Una proposta in tal senso, a firma del Dott. Marco Pingitore e del Dott. Gustavo Sergio, è inserita in appendice.

11 In merito ad una prestazione psicologica con una persona minore d'età bisogna mantenere il segreto professionale oppure si ha l'obbligo di riferire tutto ai suoi genitori?

Lo psicologo è sempre tenuto a mantenere il segreto professionale. Se i genitori esercitano la responsabilità genitoriale sul giovane assistito possono ricevere informazioni dallo Psicologo sullo stato di salute del figlio. In ogni caso, lo psicologo, in base anche all'età e al grado di maturità del giovane paziente, dovrebbe avere cura di selezionare le informazioni da fornire ai genitori.

12 Si può effettuare una prestazione psicologica con una persona minore d'età avendo il consenso diretto di un genitore e solo indiretto (per riferito) dell'altro genitore?

No, poiché lo psicologo ha sempre l'obbligo di acquisire il consenso informato di chi esercita la responsabilità genitoriale (solitamente entrambi i genitori). È caldamente sconsigliato acquisire il consenso informato, da parte dell'altro genitore, tramite delega o tramite pec/email. Si può affermare che l'assenza di un esplicito consenso da parte di chi sia legittimato a prestarlo, integri certamente una compressione della libertà di autodeterminazione del soggetto passivo.

13 Si può fissare un appuntamento per un primo colloquio clinico con una persona minore d'età sapendo che entrambi i genitori si oppongono a tale decisione?

Lo psicologo non può prendere in carico la persona minore in caso di dissenso/assenza del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.

14 Qual è la differenza tra assenza di consenso informato e rifiuto (dissenso) al consenso informato?

Per "assenza" si intende che chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela non sia a conoscenza del trattamento sanitario sulla persona minore d'età. Per "rifiuto" (o "dissenso") si intende l'opposizione da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela al trattamento sanitario proposto sulla persona minore d'età.

15 Se, una volta terminato un trattamento psicologico con una persona minore d'età, si ripresentasse una nuova richiesta di trattamento, continuerebbe a far fede il consenso informato sottoscritto inizialmente dai suoi genitori o sarebbe necessario acquisire da loro un nuovo consenso informato?

Il consenso informato dei genitori deve essere acquisito nuovamente per iniziare *ex novo* un trattamento sanitario.

16 Solo un genitore è favorevole alla terapia psicologica sul figlio minore, mentre l'altro genitore esprime il dissenso (si rifiuta). Come procedere?

In caso di dissenso da parte dell'altro genitore è necessario che intervenga il Giudice Tutelare al quale il genitore favorevole alla prestazione psicologica può rivolgersi.

17 Chi è il Giudice Tutelare?

È un magistrato che opera presso ogni Tribunale che soprintende alle tutele e alle curatele, oltre a esercitare le altre funzioni che la legge gli affida.



18 Nel corso di una prestazione psicologica con una persona minorenni, un genitore riferisce allo psicologo di voler interrompere il trattamento sanitario del figlio, l'altro genitore, invece, non è d'accordo con l'interruzione. Come si procede?

Il genitore favorevole alla prestazione psicologica del figlio può rivolgersi al Giudice Tutelare. In ogni caso, ritenuto necessario l'intervento psicologico sulla persona minore d'età, è lo stesso psicologo che può rivolgersi al Giudice Tutelare per segnalare la situazione.

19 Come procedere nel caso in presenza di consenso informato da parte di entrambi i genitori di una persona minore d'età che fin da subito, però, esprime con determinazione la sua categorica indisponibilità al trattamento?

Il consenso informato al trattamento sanitario della persona minore d'età deve tener conto della sua volontà, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità e avendo come scopo la tutela della sua salute psicofisica nel pieno rispetto della sua dignità. In alcuni casi, ritenuto necessario l'intervento, lo psicologo può segnalare al Giudice Tutelare il categorico dissenso della persona minorenni, non intraprendendo il trattamento sanitario e attendendo le determinazioni del Giudice Tutelare.

20 Si può procedere con il consenso informato di un solo genitore quando l'altro è impossibilitato a presenziare perché in carcere?

Lo psicologo necessita del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, solitamente da entrambi i genitori. Possono presentarsi situazioni, come nel caso di specie, di impedimento da parte di uno dei due genitori. Tuttavia, il problema diventa acquisire la prova che l'altro genitore sia effettivamente lontano, impedito o incapace di presenziare e perciò non possa prestare il consenso. Il genitore richiedente dovrà produrre una certificazione che attesti le condizioni di lontananza dell'altro genitore o, in sua mancanza, potrà compilare e sottoscrivere, sotto la sua responsabilità, un'autocertificazione, attestante la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore, che deve essere conservato dallo psicologo insieme al modulo di consenso. Ove tale prova manchi è necessario l'intervento del Giudice Tutelare. In ogni caso è necessario che lo psicologo valuti attentamente come procedere in questo genere di casi.

21 In caso di richiesta "urgente" di un colloquio da parte di un genitore che denuncia una situazione di pericolo per il figlio minore d'età, si può procedere al colloquio?

Lo psicologo ha sempre bisogno di acquisire il consenso informato da entrambi i genitori (esercenti la responsabilità genitoriale). Nei casi di presunta urgenza è possibile suggerire al richiedente di rivolgersi alla guardia medica o al pronto soccorso.

22 In quali casi lo psicologo può giudicare necessario l'intervento psicologico, nonché la sua assoluta riservatezza tanto da instaurare la relazione professionale in assenza di consenso informato, così come previsto nella seconda parte dell'art. 31?

È sempre necessario procedere con molta cautela in assenza del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Per non incorrere in responsabilità di natura civile e/o penale, prima di procedere con la prestazione psicologica è caldamente consigliato, in ogni caso, rimettere ogni decisione al Giudice Tutelare.

23 Esistono casi in cui è possibile effettuare una prestazione sul minorenni in cui non è prevista l'acquisizione del consenso informato?

Lo psicologo può evitare di acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Nei casi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) di persone minorenni *ex art.* 12 della L. 194/78 e nei casi previsti dall'art. 120 della L. 309/90 in tema di accesso al servizio pubblico (o ad una struttura privata) per le tossicodipendenze in cui si consente alla persona minore d'età di accedere agli accertamenti sanitari. In ogni caso è possibile derogare al consenso informato nei casi (soggetti minorenni) inviati dall'Autorità Giudiziaria.

24 A seguito di richiesta da parte di un solo genitore che dichiara di avere l'affidamento esclusivo del figlio minorenni si può intraprendere un trattamento psicologico con la persona minore d'età?

L'affidamento esclusivo ad un genitore non significa, necessariamente, che l'altro genitore sia escluso dalle questioni di maggiore interesse per il figlio, tra cui la salute. Solo nei casi di c.d. "affidamento super esclusivo" anche le decisioni di maggior interesse per i figli sono in capo al genitore affidatario. Nello specifico:

Tipologia Affidamento	Acquisizione Consenso Informato
Affidamento condiviso	Da entrambi i genitori
Affidamento esclusivo	Da entrambi i genitori
Affidamento super esclusivo	Dal genitore affidatario

Lo psicologo dovrebbe acquisire il decreto/la sentenza del Tribunale in cui si dispone l'affidamento super esclusivo e allegarlo al consenso informato. Di seguito, un esempio di decreto del Tribunale in cui viene disposto l'affidamento "super esclusivo":
[...] ritenuto che in via del tutto provvisoria debba invece affidarsi il minore in via esclusiva al genitore x, con facoltà della stessa di assumere in via esclusiva anche le decisioni relative alle questioni di maggior interesse per il minore (scelte medico-sanitarie, educative, scolastiche, fissazione della residenza) [...].



25 Cosa comporta la decadenza della responsabilità da parte di un solo genitore per l'acquisizione del consenso informato da parte dello psicologo?

In questi casi è possibile acquisire il consenso informato solo da parte dell'altro genitore. In ogni caso, è necessaria prudenza da parte dello psicologo il quale, se fosse necessario, potrebbe chiedere informazioni e chiarimenti al proprio Ordine su come procedere in tali circostanze.

26 Lo psicologo può prendere in carico una persona minore di età con il consenso di un solo genitore quando all'altro viene sospesa la responsabilità genitoriale del figlio?

Teoricamente sì, ma è necessaria anche in questo caso prudenza. È sempre bene informarsi e chiedere un parere al proprio Ordine.

27 Come si procede con l'acquisizione del consenso informato nel caso di una prestazione psicologica nei confronti di una persona minore sottoposta a tutela?

Lo psicologo acquisisce il consenso informato dal tutore della persona minore d'età.

28 Cosa significa soggetto interdetto?

L'interdizione è normata dall'art. 414 c.c. (Persone che devono essere interdette): *“Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti”*. Il Tribunale, mediante il Giudice Tutelare, nomina un Tutore volto a proteggere e tutelare gli interessi personali e patrimoniali dei soggetti dichiarati interdetti giudiziali. Oltre all'interdizione, vi è anche la posizione giuridica dell'inabilitazione considerata, invece, uno stato mentale meno grave dell'interdizione.

29 Due genitori richiedono un trattamento psicologico di natura sanitaria per il figlio minore omosessuale con l'obiettivo di modificare il suo orientamento sessuale. Cosa fare?

Seppur in presenza del consenso informato da parte di entrambi i genitori, lo psicologo non può intervenire in tal senso perché opererebbe discriminazioni in base all'orientamento sessuale della persona destinataria dell'intervento. La terapia di conversione, detta anche terapia riparativa o terapia di riorientamento sessuale, consiste in una grave violazione della dignità, dell'autodeterminazione e dell'autonomia delle persone. In un comunicato stampa del luglio 2011, il presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi dichiarava che *“lo psicologo non può prestarsi ad alcuna “terapia riparativa” dell'orientamento sessuale di una persona, quanto piuttosto lavorare insieme al proprio cliente per superare eventuali disagi connessi al proprio orientamento sessuale”*. In questi casi, la richiesta dovrebbe partire soltanto dalla persona interessata al trattamento sanitario la quale dovrà prestare il proprio consenso informato circa la prestazione sanitaria richiesta. Nel caso in cui si tratti di una persona minore d'età, lo psicologo deve tener conto della sua volontà, in relazione alla sua età e al suo grado di discernimento, avendo come scopo la tutela della sua salute psicofisica nel pieno rispetto della sua dignità.



II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Consenso informato con persone minorenni nell'ambito della psicologia scolastica

Gli interventi in ambito scolastico di formazione, informazione, orientamento non necessiterebbero di consenso informato perché tali attività non corrispondono a trattamenti sanitari, a differenza delle prestazioni psicologiche relative alla prevenzione e promozione della salute che rientrerebbero, invece, nei trattamenti sanitari per cui risulta necessaria l'acquisizione del consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale.

Il consenso informato, in tutti gli ambiti, deve essere acquisito direttamente dallo psicologo. Tale procedura non può in alcun modo essere delegata agli addetti delle segreterie degli Istituti Scolastici né può essere sostituita inserendo gli interventi psicologici (trattamenti sanitari) nel POF o nei documenti di programmazione anche se espressamente accettati dagli esercenti la responsabilità genitoriale.

30 Nel caso di un incarico da parte di un istituto scolastico di svolgere attività di orientamento o di informazione nei confronti di alcune classi di studenti è necessario acquisire il consenso informato?

Sì, attualmente l'articolo 31 esplicita chiaramente che qualsiasi tipo di "prestazione professionale" in cui sono coinvolte persone di minore età non può essere effettuata senza il consenso da parte di chi ne esercita la responsabilità genitoriale. Tuttavia le attività di orientamento scolastico e di informazione non sono annoverabili nell'ambito sanitario. Risulta necessaria una revisione urgente dell'attuale art. 31.

31 Nel caso in cui si svolga un progetto di prevenzione all'interno della scuola insieme a genitori, insegnanti e studenti, per poter interagire con gli studenti, bisogna acquisire il consenso informato dei genitori?

In realtà, lo psicologo dovrebbe acquisire il consenso informato da parte di tutti i soggetti coinvolti nel progetto che rientra in un ambito sanitario.

32 Che tipo di autorizzazione bisogna richiedere ai genitori nel caso di sportello d'ascolto in un istituto scolastico affinché i minori possano accedervi?

Lo sportello d'ascolto rappresenta un trattamento sanitario per cui è necessario acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Lo psicologo dovrebbe acquisirlo incontrando personalmente tutti i soggetti adulti interessati e rendendosi disponibile per eventuali chiarimenti. È caldamente consigliato delegare la segreteria dell'istituto scolastico o soggetti terzi all'acquisizione del consenso informato.

33 Che fare se uno studente minore di età si presenta allo sportello d'ascolto senza che i genitori abbiano prestato il consenso informato?

Lo psicologo sprovvisto di un consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale non può intraprendere alcuna prestazione professionale con la persona minorenne. È possibile informare il dirigente scolastico che a sua volta può convocare i genitori dello studente.

34 Lo psicologo dovrebbe richiedere il consenso informato ai genitori anche nel caso in cui dovesse svolgere, nelle classi, attività di sola osservazione del comportamento degli alunni?

Sì, l'attività di "osservazione" corrisponde ad un trattamento sanitario che richiede l'acquisizione del consenso informato.

Allo stesso modo della psicologia scolastica, anche per quanto concerne i professionisti che si occupano di psicologia dello sport è necessario acquisire il consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.



È prassi ormai diffusa nei Tribunali italiani quella di disporre Consulenze Tecniche di Ufficio psicologiche per supportare tecnicamente il provvedimento giudiziario del Giudice nei casi di separazione, divorzio e affidamento dei figli. La CTU nel corso degli anni è diventata, però, un vero e proprio accertamento sanitario in cui genitori e figli vengono sottoposti alle più disparate valutazioni di natura clinica spesso fuorvianti e debordanti dall'ambito psicoforense.

I Cosa si intende per capacità genitoriale?

Tutti i genitori, anche quelli separati, sono idonei a svolgere la funzione genitoriale fino a prova contraria. Si parte, perciò, da una loro condizione di capacità piuttosto che incapacità, la quale dovrà essere dimostrata caso per caso.

Negli articoli del Codice Civile non si annoverano le definizioni di “capacità genitoriale” o “idoneità genitoriale” le quali, invece, sembrano provenire dall'ambito dell'adozione e affidamento: è la L. 184/83, infatti, a prevedere la valutazione dell'idoneità “genitoriale” degli adottanti concentrando l'indagine sulle loro capacità di educare e istruire la persona minore, sulla loro situazione personale ed economica, sulla salute e sull'ambiente familiare.

La L. 184/83 prevede che prima dell'adozione, il Tribunale ha il compito di acquisire tutte le informazioni necessarie per comprendere quali sono le risorse e i limiti degli aspiranti genitori coinvolgendo anche i Servizi Sociali e i Consulenti per valutazioni di natura sociale e psicologica. In questo genere di casi, le valutazioni sulla “salute” degli adottanti è prevista dalla legge, mentre non sembra esserlo nei casi di separazione, divorzio e affidamento dei figli (L. 54/06).

Il diritto dei figli nei casi di scioglimento del legame della coppia genitoriale viene disciplinato dall'art. 337-ter co. 1 c.c.:

«Il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale».

Prendendo spunto da questo articolato, si potrebbe proporre la seguente definizione di idoneità genitoriale nei casi di separazione, divorzio e affidamento:

L'idoneità genitoriale è rappresentata dalla capacità di ciascun genitore di rispettare e garantire il diritto del figlio di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale.

In ogni caso, è bene tenere sempre presente l'art. 30 della Costituzione che recita: *«È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti. [...]».*

In sintesi:

- ♦ la capacità genitoriale si valuta attraverso la tutela dei diritti dei figli;
- ♦ si parte da una presunzione di capacità genitoriale per cui dovrebbe essere dimostrata l'incapacità.

2 È legittimo l'esame di personalità dei genitori e la somministrazione dei test psicologici all'interno delle CTU?

Le competenze genitoriali, nell'ambito di separazione e affidamento, non risultano direttamente correlate alla personalità dei genitori non essendo quest'ultima richiamata nel Codice Civile. Al contrario, la definizione di “idoneità genitoriale” riscontrata nell'ambito della valutazione tecnica prevista per la L. 184/83 - “Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori” - fa riferimento al termine “idoneità” nell'art. 6 e a quello di “personalità” dell'adottante nell'art. 57. Il Codice Civile non prevede alcuna valutazione dell'esame di personalità sui genitori nei casi di separazione e affidamento (L. 54/06). Infatti, il termine “capacità” viene riportato nell'art. 316 c.c. (Responsabilità genitoriale), con il fine, però, non di richiamare le capacità dei genitori, ma le «inclinazioni naturali e aspirazioni del figlio» di cui entrambi i genitori dovrebbero tener conto, mentre all'art. 337-ter co. 1 c.c. vengono sanciti i diritti del figlio nei casi di disgregazione familiare. Di seguito una tabella riepilogativa che differenzia i contesti di indagine relativi ai temi di adozione e affidamento e di separazione e affidamento:

Verifica idoneità genitoriale	Separazione e Affidamento	Adozione e Affidamento
Riferimenti	Art. 337-ter co. 1 c.c.	Art. 57 L. 184/83
Obiettivi	Valutazione della capacità dei genitori di garantire e tutelare il diritto del figlio di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale.	Valutazione sull'idoneità affettiva e la capacità di educare e istruire il minore, la situazione personale ed economica la salute, l'ambiente familiare degli adottanti. I motivi per i quali l'adottante desidera adottare il minore; la personalità del minore; la possibilità di idonea convivenza, tenendo conto della personalità dell'adottante e del minore.
Azioni	Indagine sul figlio	Indagine sui genitori e sulla persona minore d'età



L'art. 30 della Costituzione Italiana si riferisce alla «incapacità» del genitore di «*mantenere, istruire ed educare i figli*». Anche in questo caso, nessun riferimento viene fatto all'indagine tecnica di personalità sui genitori.

Con l'introduzione della L. 3/18, grazie alla quale la figura dello Psicologo viene annoverata definitivamente nelle professioni sanitarie, effettuare l'esame di personalità dei genitori nelle CTU, anche attraverso l'ausilio di test psicologici, rappresenterebbe un vero e proprio trattamento sanitario illegittimo e fuorviante poiché l'ambito peritale non è sanitario, bensì giudiziario.

Considerato che il Codice Civile non prevede alcun esame clinico di personalità sui genitori, effettuare un esame di personalità per giungere ad una diagnosi psicologica potrebbe comportare, inoltre, la violazione dell'art. 32 co. 2 della Costituzione laddove:

«nessuno può essere obbligato a 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 Deontologico degli Psicologi, oltre all'art. 24, prevede una serie di articoli a tutela della libertà di scelta e di autodeterminazione dei destinatari delle prestazioni psicologiche:

- *il rispetto di opinioni e credenze altrui (Art. 4 C.D.):* «nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori...»;
- *la libertà di scelta (Art. 18 C.D.):* «in ogni contesto professionale lo psicologo deve adoperarsi affinché sia il più possibile rispettata la libertà di scelta, da parte del cliente e/o del paziente, del professionista cui rivolgersi»;
- *lo sviluppo della libertà di giudizi, opinioni e scelte (art. 39 C.D.):* «lo psicologo presenta in modo corretto ed accurato la propria formazione, esperienza e competenza. Riconosce quale suo dovere quello di aiutare il pubblico e gli utenti a sviluppare in modo libero e consapevole giudizi, opinioni e scelte».

Alla luce di queste osservazioni, è lecito porre alcuni interrogativi:

- se un genitore nelle CTU intendesse sottrarsi all'esame di personalità e alla somministrazione dei test psicologici, sarebbe libero di farlo o verrebbe giudicato negativamente dal Consulente e, successivamente, dal Tribunale?
- innanzi a tale diniego del genitore, quali sarebbero le conseguenze sull'esercizio della sua responsabilità genitoriale?

È parere dello scrivente che compito del CTU sarebbe effettuare le indagini peritali focalizzandosi solo ed esclusivamente sui **comportamenti** e sulle **dinamiche relazionali** tra i vari membri familiari al fine di indicare se vengono garantiti e tutelati da entrambi i genitori i diritti del figlio «*di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale*» (art. 337-ter co. 1 c.c.).

Interesse del CTU sarebbe rilevare e valutare eventuali condotte pregiudizievoli dei genitori nei confronti dei figli e le relative ricadute psicologiche su questi ultimi.

La valutazione psicoforense del CTU dovrebbe partire sempre dal punto di vista del figlio e non da quello dei genitori. Troppo spesso, le consulenze d'Ufficio focalizzano le indagini psicologiche sui genitori secondo un'impostazione "adultocentrica", mentre sarebbe necessario cambiare la prospettiva delle attività peritali: dal figlio ai genitori e non dai genitori al figlio.

Il Tribunale è chiamato a tutelare principalmente i diritti del figlio e non quelli dei genitori, sempre soccombenti ai primi.

In ogni caso lo Psicologo, ex art. 6 del C.D., sceglie in piena autonomia il metodo da utilizzare di cui è responsabile per cui è libero di accogliere i quesiti peritali, di proporre delle modifiche o di esprimere delle osservazioni tecniche spiegando il motivo per cui non è possibile rispondere.



3 Può un Tribunale disporre un trattamento sanitario ad uno o entrambi i genitori?

Che si tratti di un sostegno psicologico, una psicoterapia et similia, il Tribunale non può prescrivere, disporre, suggerire, sollecitare, invitare e/o ordinare alcun trattamento sanitario su soggetti adulti.

Come per l'esame di personalità, anche in questo caso si correrebbe il rischio di violazione dell'art. 32 co. 2 della Costituzione, per cui lo psicologo, seppur nominato dal Tribunale per svolgere l'attività di parent training, non ha nessun obbligo di aderire a tale richiesta.

La c.d. "terapia della minaccia" che sottende una simile prescrizione fa sì che il soggetto presti un consenso informato viziato per evitare ulteriori provvedimenti sfavorevoli come, ad esempio, la perdita o la limitazione dell'esercizio della responsabilità genitoriale. Inoltre, affinché un trattamento psicologico sia efficace, deve essere presente una motivazione intrinseca della persona interessata ad iniziare quel trattamento, indispensabile affinché si possa instaurare tra lo Psicologo e il paziente un'alleanza terapeutica necessaria per la prosecuzione di qualsiasi trattamento sanitario di natura psicologica.

Per approfondimenti si rimanda al documento a cura dell'Ordine degli Psicologi della Calabria "Documento sulle prestazioni sanitarie etero-determinate: diritto alla salute e libertà di scelta" (2017) e al libro a cura di Pingitore M., "Nodi e snodi nell'alienazione parentale. Nuovi strumenti psicoforensi per la tutela dei diritti dei figli" (2019).

II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Consenso informato:
informazione e
comprensione
di **Giuliana Callero**

Con lo spirito e l'idea di promuovere l'informazione e la comprensione del "diritto al consenso" (legge 22 dic 2017 n.219 entrata in vigore 31 gennaio 2018 che *"tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge"*), mi permetto di proporre alcune osservazioni con l'obiettivo di offrire spunti di riflessione sulla tematica di rilevanza attuale.

Innanzitutto è facile rilevare approfondimenti presenti nell'antichità per la categoria dei medici e trovare riscontri della discussione a noi contemporanea sul consenso informato a segnalare la sensibilità del medico al coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, mentre la più giovane professione dello psicologo si confronta con gli articoli del Codice Deontologico (9-24-31), ma non ha i medesimi riferimenti storici.

L'espressione "consenso informato" è la trasposizione dall'inglese *informed consent* che, traducendo in italiano, antepone, illogicamente, il consenso all'informazione ed è ormai nella consuetudine degli interventi di tipo sanitario.

Il testo normativo fa propria l'espressione richiamando, opportunamente gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea seguendo quanto la giurisprudenza della Corte Costituzionale aveva già fissato come principi.

Il consenso informato è la sintesi di tre diritti fondamentali della persona: l'autodeterminazione prevista dall'articolo 2, l'invulnerabilità della persona umana come *«libertà della persona di disporre del proprio corpo»* prevista dall'articolo 13 e il diritto alla salute previsto dall'articolo 32.



Giova ricordare che con “consenso informato” intendiamo l’informazione e la relativa documentazione che ognuno di noi riceve prima di essere sottoposto ad un intervento di natura sanitaria e che prevede, generalmente, la descrizione più o meno dettagliata del trattamento (qui sta la parte informativa) e la dichiarazione di aver ricevuto le informazioni (e anche di averle comprese) e quindi di consentire a che “quel” trattamento avvenga, con le modalità per l’appunto descritte. Questo è a garanzia di una scelta libera e consapevole, una volta acquisite e comprese tutte le informazioni.

Da anni gli orientamenti della Giurisprudenza insistono affinché le persone ricevano le opportune informazioni in relazione alla natura, ai possibili sviluppi del percorso terapeutico, alle eventuali terapie alternative e, in generale, in relazione a tutti gli aspetti che investono il trattamento a cui una persona si sottopone.

Solo dopo essere stato informato con le attenzioni a che la persona ben comprenda, il soggetto sarà in grado di aderire al trattamento proposto, in modo consapevole e con una partecipazione attiva.

Mi soffermo ed evidenzio il “ben comprenda” perché si ritiene importante il punto in quanto, lo si vedrà nel prosieguo di queste riflessioni, come possano intervenire elementi non facilitanti l’adeguata comprensione.

Il percorso di acquisizione di consapevolezza per la raccolta del consenso informato diventa un *«processo partecipato di costruzione delle scelte tra i professionisti della salute ed i pazienti»*.

Si è reso necessario un cambiamento culturale che consentisse di ritenere il consenso informato come effettivamente una condizione in cui il paziente sceglie consapevolmente le cure a cui sottoporsi.

Ma si rifletta su alcune criticità, una ad esempio riguarda la tipologia della modulistica: infatti, i moduli spesso risultano complicati, cioè non facilmente accessibili ai più. Al di là delle personalizzazioni, gli Ordini Professionali propongono una modulistica che generalmente prevede un paio di pagine per l’informazione e il consenso all’atto medico, ma fino anche a 5 pagine per la prestazione psicologica. Quindi ci si ritrova moduli eccessivamente prolissi o eccessivamente stringati: se sono prolissi il paziente rischia di perdersi nel senso della compilazione; se, oltre alla eccessiva prolissità, si aggiunge un linguaggio tecnico, la comprensione non può risultare facile; se sono eccessivamente

stringati rischiano di ridursi le informazioni dovute. E la confusione aumenta quando, oltre alle spiegazioni sui trattamenti, si aggiungono le liberatorie per sollevare gli operatori da responsabilità, quindi viene, in qualche modo, compromesso il percorso di decisione.

Tuttavia nonostante il *battage* sul consenso informato, non pare di esagerare se si afferma che non sempre le persone riescono a comprendere appieno il valore del consenso informato e si precludono la possibilità di instaurare un dialogo fiducioso con l’operatore.

La salute, sia essa fisica o psicologica, è intrecciata con la vita attiva anche nel sociale, quindi non può essere isolata: le persone possono gestire la propria salute e devono essere messe nella condizione di poter affrontare ed intervenire nei momenti critici della propria vita. È fondamentale sensibilizzare le persone sull’importanza che il consenso informato ha assunto perché ha permesso alle persone di essere parte attiva del loro processo di cura tanto da verbalizzare dubbi, preoccupazioni, ansie o, in ogni caso, un qualcosa che non è chiaro. È la possibilità di instaurare un nuovo tipo di rapporto tra chi chiede di essere curato e chi è professionalmente preparato per farlo.

Le riflessioni individuano ancora un possibile ostacolo alla raccolta del consenso informato nel fatto che spesso non siano riservati spazi adeguati di dialogo tra paziente ed operatore, ma si prediliga la rapidità dell’assolvimento ad un obbligo. Inoltre non si può non prevedere un’attenzione al servizio di mediazione linguistica culturale che, se non adeguatamente implementato, rappresenta una criticità alla comprensione dei punti contenuti durante la compilazione del consenso informato, quindi alla libera e consapevole scelta di cura. È assolutamente necessario che il professionista sia in grado di valutare se effettivamente il paziente ha compreso quanto ha letto, per poter eventualmente proporre i concetti in maniera diversa o comunque più coerente con quanto quella specifica persona può capire; ad esempio potrebbe concentrare il colloquio sulle difficoltà di comprensione che ciascun singolo paziente fa emergere. Tali difficoltà possono differire da una persona all’altra si pensi all’età, al livello culturale, allo stress che sta vivendo in quel momento.

In sintesi non è sufficiente informare, ma occorre verificare che la persona abbia realmente compreso e comprendere bene può incrementare l’efficienza del processo terapeutico.



Si sono tratteggiate fin qui le probabili difficoltà nell'adempiere a quanto la normativa prevede per garantire protezione, cura, sostegno sulla base del consenso informato, normativa che garantisce alla persona di poter esprimere la propria opinione su ogni questione che la interessa, con il riconoscimento del rispetto dei diritti umani e a quelli fondamentali della libertà e dell'autodeterminazione, ma si insiste su anche altri elementi rivolti a valorizzare la procedura.

L'introduzione della legge sul consenso informato, che come si è visto prevede approfondita informazione sul trattamento e relativa comprensione di quanto descritto, può portare ad una riduzione dei contenziosi, ad esempio, perché se la persona è informata, decide con consapevolezza, rafforza la fiducia nel professionista, quindi si abbattano i possibili contenziosi relativi a insoddisfazioni.

C'è da dire che in passato la carenza nell'informazione può aver portato a pensare di essere vittima di *worst practice* con tutto quanto ha conseguito avere tale convinzione, quindi anche su questo punto la norma interviene a tutela.

Il tempo che il professionista dedica alle comunicazioni relative all'ottenimento del Consenso costituisce l'inizio del percorso di cura, come un processo dinamico in cui la compilazione di un modulo diventa un momento all'interno di un cammino di attenzioni verso se stessi, quindi diventando consapevoli e liberi di aderire e collaborare.

Si può intendere il consenso informato anche come scambio di competenze (prof/pz), quindi assume un importante valore l'accoglienza di punti di vista per far sì che l'impegno sia per riconoscere i bisogni, le aspettative della persona coinvolta nel processo di cura.

Il professionista "accoglie" il paziente se non ricorre a iper-tecnicismi per sintetizzare o velocizzare la trasmissione di informazioni e se modula le informazioni tenendo conto dello stato emotivo e psicologico e non solo del livello intellettuale della persona che ha di fronte: così si instaura una relazione di cura, che si regge su un rapporto di fiducia.

In particolare il professionista psicologo pone speciale attenzione al contesto, richiama alla personalizzazione delle storie delle persone alla ricerca del senso del rispetto delle scelte, richiama alla qualità della vita.

In definitiva la procedura che si esplica con il consenso informato promuove

la cultura della salute, della relazione; dà voce alle aspettative del paziente e a quelle del professionista concorrendo al successo terapeutico.

Si è ribadito più volte, ed è anche quello che colpisce maggiormente, come la normativa sul consenso informato abbia dato giusto rilievo alla persona come soggetto attivo e partecipe dei processi decisionali che la riguardano per l'attuazione del diritto alla salute, ma ci si chiede quanto realmente la persona abbia la consapevolezza di doversi prendere cura di sé in questo modo. Generalmente le persone non sono abituate a farlo, non sono educate a farlo in questo modo e non è sufficiente una normativa per educare in tal senso.

Quale consapevolezza dell'importanza di prendersi cura di se stessi in modo attivo e determinato "aiuta" il consenso? Sia permessa l'espressione paradossale perché il consenso informato promuove la consapevolezza della cura ecc, ma non sempre il paziente, in particolare quello che si avvicina alla terapia psicologica, ha consapevolezza di dove/come sta e dove vuole arrivare a parte un generico "voglio stare meglio!". Ecco, quindi, come la norma potrebbe essere anche vista nella sua "portata educativa" e non solo normativa, una possibilità affinché le persone imparino a prendersi cura di se stesse dando priorità al proprio benessere migliorando quindi la qualità della propria vita. In questo modo si favorisce l'autonomia ma soprattutto si promuove uno stile di vita.

Le considerazioni espresse fin qui in parte ci riportano al carattere evolutivo e dinamico della teoria "centrata sul cliente" di Carl Rogers; infatti, lo Psicologo americano sostituisce la parola "paziente" con quella di "cliente" allo scopo di sottolineare il ruolo attivo e autonomo della persona. L'approccio centrato sulla persona stimola ogni individuo ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte e dei propri vissuti. Quindi, come la normativa sul consenso informato evidenzia, il soggetto "cliente" è attivo, responsabile e partecipe al processo di cambiamento, rispetto al "paziente", inteso come soggetto passivo che si affida alle cure dell'esperto, il quale, dall'alto delle sue competenze, dirige l'andamento della terapia/cura.

Torniamo allora al "messaggio educativo" di una norma (di per sé fredda e "lontana") che si trasforma, non giuridicamente certo, ma nel significato sotteso in monito per la persona a prendere in mano se stesso e la propria cura.



Conoscenza e consapevolezza di malattia nel setting del consenso informato

di Angela Piattelli

Introduzione

All'interno del testo di legge 219/2017 che ha disciplinato il consenso informato si evince con chiarezza il fatto che la pianificazione della cura deve essere condivisa col paziente allo scopo di realizzare un clima di alleanza ed il conseguente potenziamento terapeutico della cura stessa. Per poter realizzare ciò, occorre considerare che il tempo dedicato alla cura della relazione col paziente è, a tutti gli effetti, parte integrante della cura stessa, ovvero, "il tempo della comunicazione è tempo di cura". Alcuni aspetti critici della cura della relazione medico-paziente in tale setting riguardano il "come si comunica" ed il "cosa comprende effettivamente il paziente". In verità, c'è da dire che da un lato i professionisti della salute non ricevono una formazione adeguata e spesso, sia i pazienti che i loro familiari, rilevano questa lacuna che in alcuni casi si traduce in un vero e proprio contenzioso sanitario, dall'altro pazienti e familiari mettono in atto alcuni meccanismi difensivi, automatici ed inconsci, che impediscono loro di attuare un adeguato processo di comprensione.

La visione innovativa della salute, in tema di organizzazione del lavoro e umanizzazione delle cure, contempla invece la necessità di investire sull'addestramento di tutti gli operatori ad una comunicazione chiara ed empatica. Proteggere il paziente dalla verità, anche quando questa si presenta oggettivamente dura e destabilizzante, paralizza i naturali processi di mobilitazione delle risorse interne (fronteggiamento e combattività) e non gli permette di aderire efficacemente alle cure. E' più che mai necessario, dunque, a meno che non vi siano oggettivi impedimenti (danno cognitivo, grave disturbo psichiatrico etc), rendere la persona, soprattutto se affetta da una grave patologia, un po' alla volta, edotta e consapevole della propria condizione di salute, nella piena

convinzione che vi è libertà solo nella consapevolezza del proprio disagio, ovvero in uno status di verità e dialogo con se stessi reso possibile solo dalla piena conoscenza del fenomeno, in una condizione di libero arbitrio nel quale ogni persona ha il potere di scegliere da sé gli scopi del proprio agire e pensare. Per realizzare ciò è necessario informare adeguatamente il paziente e consentirgli di effettuare un'analisi accurata di ciò che è possibile fare o non fare, quali opzioni terapeutiche scegliere soprattutto di fronte ad una diagnosi di malattia a prognosi infausta. Il processo comunicativo richiede dunque competenze specialistiche e soprattutto tempo, una risorsa che oggi risulta sempre più limitata per via dell'eccessiva burocratizzazione dei percorsi medici e chirurgici. Nasce da qui l'idea di costruire, con l'aiuto dei moderni sistemi di AI (*Artificial Intelligence*), ma siamo solo all'inizio del processo, robot in grado di supportare efficacemente un team di curanti nel comunicare *bad news* ai pazienti. C'è un confine sottile tra coscienza ed incoscienza, sostengono alcuni autori, ma è proprio in tale spazio che viene a determinarsi il grado di consapevolezza della realtà che avvicina alla verità e quindi alla libertà di poter disporre del "come procedere", soprattutto in quel tempo che resta alla persona affetta da una patologia grave.

La famiglia gioca un ruolo cruciale nel setting del consenso informato, soprattutto quando si è di fronte ad un minore, oppure ad un anziano, poiché è chiamata a svolgere un ruolo di sostegno e accompagnamento non solo pratico ma anche mentale e psicologico. Spesso però i congiunti essendo emotivamente coinvolti non riescono ad assolvere tale compito. Da qui l'importanza della presenza in tale setting del professionista psicologo (sia durante il flusso comunicativo che nella fase successiva in aiuto al processo di assimilazione cognitiva ed elaborazione emotiva del paziente e della famiglia) il cui intervento diventa determinante nel presidiare e facilitare un processo comunicativo così delicato e complesso. La malattia non è un affare che riguarda solo il medico, il malato e le persone intorno al malato stesso ed una definizione generica della stessa sarebbe troppo limitativa, poiché escluderebbe le dimensioni intime, strettamente personali e sociali di tale fenomeno. Nella letteratura in lingua inglese da anni tale problema è stato risolto utilizzando il termine *disease* per la concettualizzazione della malattia da parte del medico, il termine *illness* per indicare l'esperienza diretta del malato, la dimensione esistenziale/soggettiva,



ed il termine *sickness* per determinare il riconoscimento della persona malata come tale da parte del contesto sociale non medico. Una comunità attenta e sensibile intorno al paziente ed alla sua famiglia può anch'essa contribuire alla facilitazione del processo di interiorizzazione e di convivenza con un disagio oggettivamente così difficile da gestire.

Comunicazione, consapevolezza e meccanismi di difesa

Partendo dai presupposti teorici, delineati da P. Watzlawick, che “Non si può non comunicare” e che “Ogni comunicazione presenta un aspetto di contenuto ed uno di relazione”, è possibile dedurre che la lettura contestuale di tutti i processi di comunicazione posti in campo, in un determinato contesto, consente di attuare una metacomunicazione, vale a dire riconoscere le regole del gioco interagito dai soggetti, a prescindere da ogni considerazione sull'intenzionalità o sulla consapevolezza dei comunicanti, in coerenza con quanto afferma l'antropologo statunitense, R.L. Birdwhistell: “un individuo non comunica ma partecipa a una comunicazione già in atto e diventa parte di essa”. Questa capacità dei singoli di comprendere e reagire alle azioni e alle esperienze altrui e porsi in reciproco rapporto determinando una altrettanto reciproca influenza, obbedisce a leggi ben precise. Maggiore è il livello di competenza maturato nell'ambito della comunicazione, più facile diventa per la persona realizzare un adeguato processo di consapevolezza dei fenomeni che vive e sperimenta. In ambito sanitario la consapevolezza è necessaria per una corretta adesione ai trattamenti. Questa può essere definita come un costrutto multidimensionale influenzato da una serie di variabili. La sua acquisizione dipende da caratteristiche e stili individuali, aspetti legati al contesto sociale, alle attitudini sia del medico che comunica la diagnosi che della persona che riceve tale responso. In ogni caso spesso le pratiche comunicative dei professionisti della salute riflettono i modelli culturali in cui gli individui sono immersi e che gli stessi individui contribuiscono a determinare.

I pazienti affrontano un lungo e complesso processo in cui prendono coscienza della propria condizione di malattia e, ciascuno con i propri tempi, affronta un percorso di accettazione emotiva della stessa. In tale processo si inseriscono diversi fattori: la percezione della malattia, l'integrazione tra percezione ed

informazione, l'interpretazione cognitiva ed emotiva della malattia, la valutazione del suo significato, le risorse di *coping*; tali fasi seguono un percorso personalizzato. La correlazione tra consapevolezza e adattamento alla malattia risulta determinante ai fini della ridefinizione del suddetto percorso (G. Morasso). È stato acclarato come alcune caratteristiche di personalità e stili cognitivi sembrano facilitare il processo di adattamento. In ambito oncologico diversi studi hanno sviluppato il delicato tema della consapevolezza di malattia, ovvero quel processo complesso che implica una serie di fasi alterne, spesso soggettive e difficili da inquadrare in un percorso standardizzato. Tale processo si complica ancor di più nella persona con una malattia in fase avanzata e/o con prognosi infausta.

Senso di incertezza, ansia, paura, disorientamento, sono le reazioni, i vissuti che più comunemente i pazienti sperimentano. Il disagio psicologico che il paziente vive è dato dalla incapacità di integrare dentro di sé le informazioni ricevute, interiorizzandole come parte di sé. Tale processo presuppone non solo la componente cognitiva, ma anche quella emotiva/motivazionale e sociale in un continuo scambio e condizionamento reciproci. Ecco che nel processo di consapevolezza rientrano diversi fattori: non solo quelli oggettivi ma anche e soprattutto quelli soggettivi, relativi alle caratteristiche di personalità dell'individuo, ai meccanismi psicologici di difesa utilizzati, ai bisogni in questa fase della sua vita, alla sua esperienza passata e al significato che quell'informazione assume per lui nel suo sistema culturale e di valori. La psicologia ci offre più modelli di riferimento teorico con cui si comprendono le diverse modalità di reazione delle persone nei confronti di eventi stressanti, in primis il modello psicoanalitico con i meccanismi difensivi e il modello cognitivista con il concetto del *coping*.

Tali modalità di reazione, che si riferiscono a caratteristiche individuali, devono poi essere integrate da altre dimensioni dell'esperienza che intervengono nel processo di consapevolezza. Una tra tutte è l'informazione sulla malattia e la modalità di fornirla al paziente che deve essere funzionale al mantenimento delle difese psicologiche del paziente, poiché è risaputo come le informazioni date possano creare o amplificare stati di angoscia che mettono in crisi gli aspetti sani della stessa persona che le riceve. Il meccanismo di difesa entra in azione con modalità al di fuori della sfera della coscienza: di fronte a



una situazione che genera eccessiva angoscia, per esempio, l'Io ricorre a varie strategie per fronteggiare quella quota d'angoscia generata dall'evento con lo scopo preminente di escludere dalla coscienza ciò che è ritenuto inaccettabile e pericoloso. Raramente i meccanismi di difesa intervengono separatamente: nella maggior parte dei casi sono combinati fra loro per fronteggiare l'evento o l'effetto sotto più profili. Oggi non è ancora chiaro quale sia il rapporto tra l'aver ricevuto le informazioni sulla malattia e sulla prognosi e l'esserne consapevoli: pur essendoci stata informazione intorno alla malattia, può non esserci consapevolezza. Al contrario, può esserci consapevolezza pur non essendoci stato un momento di informazione al paziente.

Allo stesso modo non è chiaro il ruolo della consapevolezza di malattia e prognosi sul processo di adattamento ad essa: a volte l'uso di meccanismi rigidi, come l'evitamento o la negazione, impediscono la consapevolezza ma sono funzionali al benessere emotivo del paziente, mentre altre volte la consapevolezza totale di malattia è associata ad un difficile o impossibile processo di adattamento, con problematiche di tipo psichiatrico. In altri casi risulta evidente che la consapevolezza della propria condizione agevola l'adattamento ad essa poiché permette di avere la sensazione di esercitare un controllo sulla propria vita. Sempre G. Morasso definisce la consapevolezza come un processo dinamico che si modifica nel corso della malattia e che può essere influenzato dalla qualità delle informazioni ricevute e dal significato che il paziente attribuisce alle stesse. L'autrice ipotizza una serie di livelli (7 in tutto) per classificare il grado di consapevolezza raggiunto dal paziente. Il ruolo della consapevolezza nel malato oncologico assume una rilevanza particolare in fase terminale di malattia, quando il confronto con la fine della vita diventa inevitabile. Uno studio italiano ha investigato la consapevolezza di diagnosi e prognosi nel malato oncologico terminale: riguardo alla consapevolezza di diagnosi, solo il 38% dei pazienti riferiva di avere un tumore maligno; tale condizione risultava di più frequente riscontro tra le donne e in pazienti con un più elevato livello di istruzione. Riguardo alla consapevolezza di prognosi, il 44% non risultava conscio della gravità della propria condizione e solo il 5.4% dichiarava di avere ancora poco tempo da vivere. Informazione e consapevolezza costituiscono due variabili fondamentali nella gestione del percorso assistenziale intorno al quale si impongono vincoli e condizionamenti relativamente a una serie di atti-

vità che producono un impatto notevole sul comportamento dei medici, degli infermieri e dei *caregiver* nei confronti del paziente.

Il setting oncologico e l'equazione cancro=morte

La parola tumore fa riferimento ad una costruzione sociale mutevole nel tempo e ciò perché le metafore ed i significati ad essi associati hanno subito diversi cambiamenti. Siamo passati da un vissuto di equivalenza tra cancro e morte all'introduzione di una concezione di cancro curabile e cronico: i cambiamenti avvenuti negli ultimi trent'anni attestano come questa malattia sia riuscita ad uscire sempre più da quel silenzio e da quella incomunicabilità in cui era stata relegata. Il cancro risulta ancora oggi una delle malattie più temute, alla quale vengono associati significati che cambiano a seconda della cultura di appartenenza. In tanti casi, ancora oggi, rappresenta una sorta di stigmatizzazione, una malattia identificata col male, con la perdita di speranza e con la morte. Per molte persone e per le loro famiglie questa malattia continua a rappresentare una triade di sofferenza, disperazione e morte, una morte lenta, dolorosa, ineluttabile, deturpante e invalidante.

Cruciale e doloroso risulta il percorso che il paziente deve affrontare dal momento della comunicazione della diagnosi fino al perseguimento di una equilibrata integrazione della malattia e del relativo vissuto emozionale nella quotidianità della vita. Spesso tali percorsi vengono ostacolati da una serie di fattori che vanno dalle attitudini comunicative dei professionisti alle risorse psicologiche e adattive del paziente per finire all'equipaggiamento supportivo di tutto il sistema familiare, amicale e sociale del paziente. L'aspetto peculiare di tale setting è spesso una relazione terapeutica fondata sulla finzione, sul non detto, oppure sul dire le cose "edulcorate", sull'impiego di una terminologia criptata ed è così che la verità in tale setting assume un duplice aspetto: dal un lato la realtà oggettiva e dall'altra quella che viene modificata durante il trasferimento all'interno della relazione terapeutica. Le informazioni sulla malattia diventano narrazione altra, traduzione di quella verità dura e dolorosa della malattia in una specie di storia parallela, simile e narrabile, ma distante dalla verità. Perché la verità è spesso intrisa di angoscia di morte, quella morte resa non dicibile dagli stessi mortali!



Informazione e conoscenza delle malattie, il ruolo del web

Oggi esistono molti più mezzi di una volta per conoscere una malattia e gli effetti della stessa sulla propria vita, le possibilità di cura e di guarigione. L'innovazione tecnologica ha consentito, con l'implementazione del web, la diffusione di strumenti di facile uso dove poter reperire una mole infinita di dati, favorendo così un processo inarrestabile di conversione digitale dell'informazione e della comunicazione sociale. La digitalizzazione della comunicazione ha contribuito ad un radicale cambiamento dell'approccio degli utenti con i contenuti multimediali della rete. Con l'avvento del Web 2.0, i contenuti multimediali possono essere generati e fruiti attraverso nuovi strumenti comunicativi: “i nuovi media o social media”. Questi ultimi, insieme ai blog, definiti come “ambienti digitali utili alla creazione e alla diffusione dei flussi di comunicazione partecipativa tra le persone”, consentono agli utenti, oltre al reperimento di informazioni riguardanti le malattie, di condividere le esperienze ed i vissuti personali. Da qui sono sorti al contempo vantaggi e pericoli.

La conoscenza che gli utenti possono acquisire sul web non solo è parziale, ma è colma di distorsioni e di pericolose generalizzazioni. Per poter aderire ad una terapia, in qualunque ambito della medicina e/o della psicologia, è indispensabile che il paziente acquisisca, da ciascun membro del team dei curanti e solo da questi, una conoscenza accurata della diagnosi, dei trattamenti specifici e degli effetti collaterali di questi ultimi. In ambito oncologico, tutto ciò diventa un obbligo inderogabile proprio per la complessità delle terapie e soprattutto degli effetti collaterali dei farmaci antitumorali, devastanti a tal punto da determinare, se pur in casi estremi, la morte del paziente laddove manchi una rigorosa sorveglianza sanitaria sullo stesso. Prima che i pazienti possano acconsentire e sottoporsi ad un trattamento medico, chirurgico o psicoterapeutico, è necessario raccogliere un adeguato e consapevole consenso informato, in un apposito setting ed alla presenza contestuale di paziente e familiari e/o caregiver, laddove necessario (per esempio in presenza di un minore, di un anziano o di persone con deficit cognitivi).

In ambito oncologico, uno dei pochi strumenti convalidati per valutare/verificare se siano state fornite informazioni sufficienti, è il questionario EORTC QLQ-INFO25, sviluppato appositamente per misurare il modo in cui i pazienti percepiscono le informazioni ed il loro livello di soddisfazione sulla qualità

delle stesse. Uno studio recente, utilizzando questo strumento d'indagine, ha voluto indagare se il livello di conoscenza dei pazienti oncologici, riguardo alla loro malattia e trattamento, fosse associato alla loro percezione e soddisfazione delle informazioni. Sono stati inclusi pazienti con carcinoma mammario in trattamento chemioterapico adiuvante e pazienti con carcinoma della prostata sottoposti a radioterapia curativa. Le valutazioni sono state fatte prima della prima visita con un oncologo (T1), dopo la consultazione (T2) ed otto settimane dopo l'inizio del trattamento (T3). I pazienti con istruzione superiore, accesso ad Internet giornaliero e lavoro retribuito, avevano i più alti punteggi di conoscenza di base. È stato possibile constatare che le conoscenze dei pazienti sono aumentate significativamente durante il periodo di studio, ed i pazienti stessi hanno riferito di sentirsi meglio informati e di essere più soddisfatti delle informazioni: avevano acquisito un livello superiore di conoscenza della loro malattia e dei trattamenti pianificati dopo essere stati informati da medici e altro personale sanitario durante il loro periodo di trattamento. Ciò si applicava anche ai pazienti con il più basso livello di conoscenza alla valutazione basale. I pazienti hanno riportato un significativo miglioramento della percezione e della soddisfazione con le informazioni ricevute durante il periodo di studio. Lo studio ha dimostrato che ci può essere una conoscenza/informazione da parte del paziente circa lo stato della malattia oncologica senza che vi sia una interiorizzazione, quindi una piena consapevolezza del vissuto emotivo.

Deficit della consapevolezza e acquisizione del Consenso Informato

Molte teorie sono state elaborate per spiegare i disturbi della consapevolezza risultanti da lesioni cerebrali. Specialmente in ambito psicologico e psichiatrico, la correlazione tra assenza di consapevolezza di malattia totale o parziale (il cosiddetto “*poor insight*” o “*unawareness of illness*”), e la non *compliance* ai trattamenti, è stata ampiamente studiata in questi decenni considerando il problema dal punto di vista sia psicopatologico, sia clinico, sia neurologico, con risultati spesso contraddittori.

È stata avanzata l'ipotesi che le lesioni dei sistemi cerebrali superiori pre-frontali determinino un danno ai meccanismi di consapevolezza e che siano responsabili delle sindromi frontali caratterizzate, non solo da gravi deficit cognitivi, ma anche da una profonda mancanza di consapevolezza e di preoccupazione



per questi. Alcune teorie neuropsicologiche (Goldberg e Barr, 1991) mettono in rapporto la carenza di *insight* con un errore del sistema di monitoraggio, un sistema costituito da tre componenti: la rappresentazione interna di risposte volute; il sistema di feedback sulla risposta; il meccanismo di confronto tra la risposta voluta ed il feedback sulla risposta eseguita. L'alterazione di una o più di queste componenti sarebbe alla base della condizione di mancata consapevolezza di malattia che si riscontra, ad esempio, nell'anosognosia, ovvero, inconsapevolezza di deficit, mancanza di *insight* e non percezione di malattia. Nel 1913 Jaspers propose una distinzione tra consapevolezza di malattia e *insight* propriamente detto che presupponeva, invece, una corretta interpretazione sia del tipo che della gravità dei propri sintomi. E Kraepelin, negli anni immediatamente successivi, usò questo termine per spiegare l'impossibilità di alcuni pazienti schizofrenici a fornire spiegazioni valide sui loro comportamenti: *“i pazienti non hanno una reale comprensione della gravità della malattia; come rappresentazione della incomprendibilità e morbosità della loro condotta, i pazienti danno una risposta esplicativa la quale non dice niente”*.

L'anosognosia (o nosognosia) è un disturbo neuropsicologico che consiste nell'incapacità del paziente di riconoscere e riferire di avere un deficit neurologico o neuropsicologico. Nello specifico, il paziente non è consapevole del suo stato di malattia, manifestando invece la ferma convinzione di possedere ancora le capacità che in realtà ha perso in seguito a lesione cerebrale. Se messo a confronto con i suoi deficit, il paziente mette in atto delle confabulazioni oppure delle spiegazioni assurde, incoerenti con la realtà dei fatti. Le anosognosie sono un fenomeno molto complesso, ancora non chiaramente compreso dalla medicina e dalla psicologia. Da una parte, può risultare difficoltosa la comprensione della malattia; d'altra, queste mettono direttamente in collegamento un fenomeno di alto livello cognitivo (la coscienza) con disturbi che di solito sono di natura organica. In tali condizioni diventa difficoltosa, ed in alcuni casi impossibile, la raccolta del consenso informato ai trattamenti. In questi casi è buona prassi effettuare una valutazione collegiale del caso, e richiedere una o più valutazioni specialistiche (psichiatra, neurologo etc.), mobilitando contestualmente le risorse familiari e sociali al fine di scegliere il meglio per il paziente.

L'approccio multidisciplinare alla comunicazione col paziente per una efficace gestione del processo di consapevolezza

L'approccio multidisciplinare rappresenta la strada più moderna ed efficace nella cura delle malattie, soprattutto quelle a prognosi infausta, fornendo al paziente il miglior trattamento e la migliore assistenza possibile. L'impiego di un linguaggio univoco, da parte di tutti i membri di un team oncologico, facilita il processo comunicativo e rende possibile un adeguato processo di consapevolezza ed interiorizzazione della condizione di malattia da parte di paziente e famiglia. La stretta collaborazione e l'interazione tra specialisti, costituisce la migliore risposta della medicina moderna alle malattie, specie quelle oncologiche, fornendo un percorso di cura più adeguato alla eterogeneità e alla complessità di alcune malattie in particolare.

Come asserto da Kurt Lewin, il gruppo è qualcosa di più, o, per meglio dire, qualcosa di diverso, dalla somma dei suoi membri, e quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Dunque il lavoro in team multiprofessionale è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi specialistici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale (riunioni) e scritta (verbali, referti etc.). Nel team di lavoro sono mantenuti i rapporti gerarchici, l'autonomia e l'indipendenza tecnica, pur nella flessibilità della suddivisione del lavoro. Per la diversa preparazione e competenza, spesso viene attribuito un valore diverso alle figure professionali e ciò può generare tensioni. L'integrazione tra le varie figure professionali può avvenire solo se si mantiene una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo. L'azione comunicativa ha bisogno della condivisione non solo di premesse tecniche, ma, soprattutto, di un orizzonte etico. Le interazioni umane nel team di lavoro devono essere permeabili al cambiamento, alla novità, alla ridefinizione dei concetti ed alla condivisione dei saperi.

Lavorare in équipe non significa annullare la specificità dei compiti, essendo le differenze tecniche contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire. Pur mantenendo distinte le attività relative alle specifiche competenze, è necessaria una flessibilità che garantisca che alcuni compiti – accoglienza, formazione e conduzione di gruppi educativi e operativi – possano essere svolti da tutti,



indipendentemente dalle diverse professionalità. Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati. La qualità dell'assistenza sanitaria è direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra le diverse figure professionali dell'équipe integrata e delle relazioni con i pazienti. Possiamo aggiungere che tali relazioni devono essere aperte anche all'interferenza del non tecnico ed alla saggezza pratica. Conoscere i limiti della propria professionalità e i confini del proprio ruolo è una prerogativa importante quanto l'apertura ad un autentico interesse nell'ascolto dell'altro nella sua dimensione personale e tecnica. La capacità di ascolto e di dialogo può essere definita un "dispositivo tecnologico" di grande rilevanza, non solo nella possibilità d'integrazione all'interno dell'équipe multidisciplinare e nei rapporti con gli altri all'esterno, ma anche nella qualità del servizio offerto.

Tale atteggiamento del team dei curanti può facilitare il processo comunicativo con paziente e familiare, favorendo così il difficile processo di consapevolezza di malattia. Per il team oncologico dell'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza è ormai prassi consolidata quella di espletare le prime visite oncologiche alla presenza di uno Psico-Oncologo e seguendo uno stile relazionale *Etiquette-Based Medicine*, appositamente delineato dagli stessi professionisti del team oncologico. Il presidio del flusso comunicativo paziente-familiari-team dei curanti, durante la visita, consente allo specialista della relazione di rilevarne difetti e distorsioni allo scopo di intervenire efficacemente sia durante la visita che successivamente, all'interno di un setting dedicato.

Competenze relazionali e formazione

Comunicare e costruire una buona relazione per favorire il processo di accettazione emotiva delle malattie implica la messa in atto di una serie di comportamenti preordinati di non facile attuazione. Le competenze relazionali sono tra gli obiettivi formativi più importanti e trasversali a tutti gli ambiti della salute. Senza queste competenze è impossibile affrontare efficacemente la parte dell'agire clinico che richiede un'attiva partecipazione della persona malata, l'insieme del rapporto medico-paziente-famiglia e, non ultimo, la relazione tra i membri di un team curante. L'intenso coinvolgimento, la difficoltà nel trovarsi

a dover dare "cattive notizie", il peso di dover prospettare decisioni difficili, la gestione del consenso informato con persone con deficit cognitivi e/o di consapevolezza sono aspetti conosciuti e fronteggiati dal medico. Spesso, però, tutto ciò rappresenta solo un bagaglio cognitivo, senza che egli compia un vero processo di consapevolezza a sua volta o di messa in atto di comportamenti congruenti con tale conoscenza.

Aver appreso la sequenza delle procedure di ascolto e di dialogo clinico non è sufficiente per essere un buon comunicatore. In ambito oncologico sono stati messi a punto dei veri e propri protocolli e linee guida per comunicare efficacemente, protocolli che però risultano insufficienti se non accompagnati da adeguati percorsi formativi di addestramento teorico e pratico per consentire una adeguata interiorizzazione delle tecniche comunicative sottostanti alle suddette procedure e linee guida. Nell'atto terapeutico, l'atmosfera dell'incontro prende forma nel qui ed ora a partire dall'atteggiamento che assume il medico di fronte allo specifico individuo che sta incontrando; se vuole comprendere l'esperienza che quella persona sta attraversando, il medico deve allargare il campo di osservazione e trasformarlo da lineare a circolare: non solo diagnosi-terapia-guarigione, ma anche persona malata-curante.

Conclusioni

Ciò che si richiede sempre più al professionista è un percorso di competenza e consapevolezza nuovo più che mai necessario. La maggiore criticità da affrontare è un'attenta revisione della formazione universitaria, sia nel *pre* che nel *post* laurea, con un ruolo più attivo proprio del Sistema Sanitario nazionale e regionale. Occorre quindi richiamare l'Università ad un intervento, oggi improcrastinabile, sui piani formativi delle facoltà mediche e delle professioni sanitarie e relative specializzazioni, uniformandoli a livello nazionale. Si considerano fondamentali due principi: la necessità di *core curricula* che siano omogenei e coerenti in tutte le facoltà mediche e in quelle delle professioni sanitarie e il reale peso da dare alla formazione di tutte le professioni sanitarie allo scopo di realizzare una evoluzione significativa nella relazione utente-curanti. Ciò passa attraverso l'imprescindibile inclusione, nel processo decisionale terapeutico, delle reali esigenze del paziente e del sistema delle relazioni affettivamente significative intorno al paziente stesso. Solo così è possibile delineare un set-



ting della relazione d'aiuto più comunicativo ed adeguatamente consapevole. In questo processo l'uomo non può ricevere alcun aiuto dai computer; deve necessariamente compiere tale sforzo attraverso un continuo e più aggiornato addestramento.

Federico Faggin, il fisico vicentino che ha inventato il primo microprocessore, la mente che ha contribuito a creare la tecnologia che conosciamo oggi, pioniere della Silicon Valley, è stato spinto, nel corso della sua carriera, dal sogno di creare un computer consapevole, a lungo termine, probabilmente, quell' A.I. richiamata in esordio. Gli scienziati, dice, ci hanno portati a credere che gli esseri umani siano macchine sofisticate, ma, se questo fosse vero, saremmo in grado di costruire robot che possano competere con noi in ogni ambito -magari aggiungo- sostituirci in una relazione consapevole col paziente. Quello che è arrivato a scoprire è, però, che un simile dispositivo non può esistere. Faggin ha presentato il suo modello di realtà come un mondo in cui la consapevolezza sta alla base della natura stessa. Ma la più importante conclusione alla quale è giunto è questa: un computer non potrà mai essere consapevole e la consapevolezza, senza una condizione di libero arbitrio nella quale ogni persona ha il potere di scegliere da sé gli scopi del proprio agire e pensare, non può esistere. La nuova ed avvincente sfida professionale dunque non può che essere: competenze nuove e nuova consapevolezza per un diverso orizzonte professionale.

II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Il consenso informato: un'alleanza terapeutica tra medico e paziente realmente simmetrica?

di Rosalbino Biamonte

Il consenso informato, pur essendo strumento consolidato almeno sotto il profilo teorico, sotto il profilo pratico è oggetto di continue speculazioni e tentativi di rivisitazione derivanti dalla rapida evoluzione non solo nel campo della ricerca clinica, ma anche e soprattutto in quella che viene definita "real life" con cui il sanitario deve confrontarsi quotidianamente con importanti implicazioni etiche-conseguenziali derivanti dall'ambito applicativo spesso lontano da un contesto ideale.

Il consenso informato ha un risvolto sia etico che deontologico, nonché un risvolto giuridico non solo laddove emergano danni causati per colpa, ma anche nel caso di errata o omessa acquisizione del consenso, considerati perseguibili in sede civile e penale. Pertanto possono configurarsi sia il danno dell'integrità psico-fisica, sia la violazione del principio di autodeterminazione, ovvero danno morale connessi alla mancanza del consenso informato.

L'attuale scenario della professione medica è sempre più caratterizzato da super specializzazione e ipertecnicismo che spesso implicano valutazioni tra costi e benefici non sempre semplici da effettuare e da comprendere e che richiedono un' adeguato grado culturale da parte del paziente ed un' adeguata informazione da parte del professionista. La necessità di informare adeguatamente l'utente/paziente è assoluta e cogente se si considera che sono coinvolti beni primari quali la salute da un lato e una materia, la patologia in oggetto in cui il paziente è spesso completamente ignorante, dall'altro.

Di seguito due delle innumerevoli definizioni di consenso informato:

1. modalità di comunicazione bi-direzionale che accompagna e sostiene il percorso di cura. È il processo comunicativo attraverso il quale il medico e l'operatore sanitario, limitatamente agli atti di sua specifica competenza, forn-



scono al paziente notizie sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e/o della mancata terapia/atto sanitario, al fine di promuoverne una scelta pienamente autonoma e consapevole. Tale processo riguarda anche il minorenne, in forma adeguata all'età, l'interdetto giudiziale e l'incapace naturale, in forma proporzionata al loro livello di capacità, in modo che essi possano farsi un'opinione sull'atto sanitario.

2. L'esercizio del diritto del paziente all'autodeterminazione rispetto alle scelte diagnostico/terapeutiche proposte. La scelta viene attuata al termine del processo informativo.

Nella prassi la locuzione "consenso informato" indica un atto che si concretizza con la redazione di un documento di diagnosi e pianificazione terapeutica che stabilisce precise garanzie per medico e paziente, identificando le responsabilità di entrambi gli attori.

Il medico ha il dovere di informare e il paziente può rifiutare (consenso informato e rifiuto ragionato); il paziente deve essere posto nelle condizioni di poter effettuare una valutazione realistica del rapporto rischi/benefici del trattamento che gli viene proposto. Pertanto, il consenso informato non deve essere considerato come una semplice sottoscrizione di un modulo, bensì il risultato di un dialogo tra medico e paziente che garantisca al medico l'assicurazione che il paziente abbia compreso chiaramente e al paziente la capacità di poter discernere tra "consenso informato" e "rifiuto informato".

Un po' di storia

Il consenso informato ha lontane origini filosofiche che nei secoli hanno subito condizionamenti religiosi e morali, questi ultimi sempre più importanti negli ultimi decenni. Gli elementi costitutivi dell'attuale consenso informato erano stati individuati già da Platone che correlava la tipologia e l'entità dell'informazione e del consenso alla posizione sociale del malato ed alla gravità della sua malattia. L'obiettivo era "giovare e non essere di danno"; il medico era attento alla sofferenza del malato, ma mostrava altrettanta preoccupazione nel cercare di evitare qualunque coinvolgimento in eventuali insuccessi diagnostico-terapeutici, nonché nell'eventuale *exitus* del paziente. Siamo ancora molto lontani dal concetto di consenso informato, ma si intravede una volontà/necessità di

una informazione precauzionale da fornire al paziente.

Nei secoli si consolida il principio ippocratico secondo cui il medico opera per il bene del malato e questi ha l'obbligo di rispettare l'operato del medico; il rapporto medico-paziente è caratterizzato da un'etica medica paternalistica che consente al medico di decidere per il paziente senza la necessità di chiedere il suo assenso, in quanto si ritiene il medico tecnicamente capace di decidere in favore e per conto del paziente beneficiario. È in quest'alea di sacralità che il rapporto medico/paziente diviene sempre più asimmetrico, con il malato in una posizione di assoluta sudditanza psicologica nei confronti del medico.

Solo il 19 dicembre 1946, col processo di Norimberga ai medici nazisti, viene stilato un codice nel quale i giudici ribadiscono che "la scienza non deve mai considerare o trasformare la persona umana in uno strumento utilizzato per raggiungere solo scopi scientifici". Nel 1948 viene votata all'Associazione medica mondiale la Dichiarazione di Ginevra che, aggiornando in chiave laica il giuramento di Ippocrate, impegna il medico a non utilizzare, nemmeno "sotto costrizione", le sue conoscenze contro le leggi dell'umanità. Nella Dichiarazione di Helsinki del 1964 viene inserito il principio per il quale solo il consenso espresso giustifica moralmente la ricerca sui soggetti umani e che "nella ricerca medica gli interessi della scienza e quelli della società non devono mai prevalere sul benessere del soggetto".

Sono gli Stati Uniti il Paese che ha dato i natali al moderno consenso informato, nell'intento di conferire al paziente indipendenza e dignità in occasione di scelte e decisioni in ambito sanitario. L'iter evolutivo del consenso informato negli Stati Uniti ha inizio nel XVIII secolo ed approda, solo nel XX secolo, al moderno "*informed consent*", definizione che è stata pedissequamente adottata anche nella nostra realtà e tradotta semplicisticamente in "consenso informato" piuttosto che in "informazioni per il consenso", creando non poche confusioni ed ambiguità. I principi acquisiti dall'*informed consent* statunitense e quelli sanciti dal codice di Norimberga che stabilisce che "nessuna sperimentazione è lecita sull'essere umano se questi non acconsente liberamente dopo essere stato informato dei possibili rischi e benefici", vengono adeguatamente ripresi e sanciti nell'articolo 32 della nostra Costituzione.

Il tumultuoso progresso scientifico e tecnologico ed il ruolo sempre più centrale del paziente quale soggetto capace di scelta autonoma e pertanto di au-



totodeterminazione nei confronti di trattamenti diagnostici e terapeutici determinano il definitivo passaggio da un'inadeguata etica paternalistica ad un'etica improntata sul diritto individuale all'autodeterminazione o etica contrattuale.

Il consenso informato oggi

In ambito medico l'espressione "consenso informato" indica l'adesione consapevole del paziente a qualunque procedura diagnostica e/o terapeutica proposta che, in tal modo, viene di fatto legittimata. Oggi il consenso informato è il fondamento etico, giuridico e deontologico di ogni atto medico: la prestazione sanitaria, anche se eseguita correttamente con conseguente vantaggio per il paziente, risulta illecita e individua una responsabilità giuridica per il medico, allorquando viene effettuata senza previa acquisizione di un consenso informato da parte del paziente.

Come si è già detto, già nell'antichità si era ravvisata la necessità di ottenere un assenso all'atto medico. La successiva comparsa dell'attributo "informato" cambia decisamente connotazione ai "rapporti di forza" tra medico e paziente; il medico ha l'obbligo di informare il paziente sulle sue condizioni di salute e sui possibili momenti diagnostici e terapeutici affinché possa accettare consapevolmente i trattamenti proposti. Nasce la necessità, da parte del medico, di dover fornire un'informazione chiara e comprensibile, possibilmente scevra da eccessivi termini tecnici; l'informazione per quanto completa sotto il profilo meramente tecnico-scientifico, affinché realizzi il consenso informato deve essere resa accessibile al paziente e deve essere realmente compresa da questi. Si transita dal concetto di mero assenso/autorizzazione al concetto di autodeterminazione. È una vera e propria rivoluzione culturale sia in ambito medico che in ambito sociale: la relazione asimmetrica medico-paziente fondata sul tradizionale modello ippocratico paternalista, in cui era il medico a decidere per il paziente secondo "scienza e coscienza", vira decisamente verso un modello basato sull'autonomia, grazie al quale è il paziente a scegliere il tipo di cura sulla base delle opzioni di cura proposte ed esplicitate chiaramente dal medico. Tale radicale cambiamento richiede un cambio di paradigma per la professione medica: l'acquisizione di tecniche relazionali e comunicative a cui probabilmente il medico non aveva pensato finora di accedere in maniera strutturata ed organica, al di là delle capacità dei singoli professionisti in tali

ambiti (Legge 22 dicembre 2017, n. 219; Art. 1, comma 10).

Considerate l'enorme varietà dei pazienti e diversità di circostanze, è possibile adottare alcuni modelli comportamentali che consentono una gestione adeguatamente strutturata del rapporto medico-paziente:

a) il modello più tradizionale, "paternalistico", detto anche "genitoriale" o "sacerdotale": assume che il medico sia in possesso di criteri obiettivi per stabilire la scelta migliore, che il paziente accetti la proposta (anche se non la gradisce) e che quindi la sua autonomia sia posta in secondo piano. In tal modo il medico assume su se stesso tutta la responsabilità;

b) il modello "informativo", chiamato anche "scientifico": obiettivo del medico è quello di dare tutte le informazioni indispensabili al paziente, lasciandolo libero di scegliere le prestazioni che preferisce e che il curante seguirà. Il medico agisce da tecnico che mette a disposizione del paziente gli elementi necessari perché egli possa decidere; prevale l'autonomia del paziente;

c) il modello "interpretativo": l'obiettivo del medico è quello di individuare i valori di riferimento del paziente e ciò che egli realmente desidera nonché di aiutarlo, attraverso un impegnativo processo di coinvolgimento, a scegliere quegli interventi che siano in armonia con quei valori. Il medico è un consigliere che supporta il paziente a conoscere e a scegliere; l'autonomia del paziente è sufficientemente rispettata;

d) il modello "deliberativo": i valori del paziente sono considerati aperti allo sviluppo ed alla revisione attraverso la discussione. Il medico si comporta fraternamente o come un insegnante che coinvolge il paziente in un proficuo dialogo, in un bilanciamento dei pro e dei contro su ciò che può essere il meglio per lui in quella determinata situazione.

Se è intuibile quanto sia necessario evitare di considerare il consenso informato come fattore di distorsione del rapporto medico-paziente ritenendolo non un dovere del medico, bensì, come spesso accade, uno strumento di ritorsione, snaturato completamente dall'intento di serena condivisione e fiducia che dovrebbero essere alla base del rapporto medico-paziente, è altrettanto imprescindibile considerare che i pazienti siano sempre più consapevoli di avere dei diritti e, primo tra tutti, quello di poter decidere autonomamente quel che deve



essere fatto e quello che non deve essere fatto sul proprio corpo.

Fonti normative

Il Codice deontologico dei medici, al Titolo III (rapporti con il cittadino), dedica l'intero Capo IV alla materia "informazione e consenso" con gli art. 33, 34, 35, 36, 37 e 38; solo un passaggio fra i più significativi:

"... il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta".

Tra le fonti giuridiche ricordiamo:

a) fonti Costituzionali

- Art.13 - La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

- Art 32 - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a 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.

b) Codice Civile

- Art. 5 - Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

c) Codice Penale

- Art. 50 - Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne.

- Art. 54 - Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi 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.

d) Altre leggi e documenti

- In ambito sanitario è fondamentale la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, che all'Art. 33, I° e V° comma, afferma che "gli accertamenti e i trattamenti sono di norma volontari" e prevede anche, in caso di trattamenti obbligatori rivolti ai malati di mente in fase acuta di malessere, "che questi siano attuati con contestuali iniziative intese ad assicurare il consenso e la partecipazione di chi è obbligato al trattamento".

Numerosi i richiami al consenso informato presenti nei documenti internazionali:

- ◆ 1948 Dichiarazione Universale dei diritti umani
- ◆ 1949 Codice di Norimberga
- ◆ 1950 Convenzione per la difesa dei diritti dell'uomo e delle libertà
- ◆ 1952 Protocollo aggiuntivo del Consiglio d'Europa
- ◆ 1961 Carta Sociale Europea, rivista nel 1996
- ◆ 1997 Convenzione di Oviedo
- ◆ 2000 Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (c.d. Carta di Nizza).
- ◆ 2004 Trattato di Roma

In questi documenti si richiede e si auspica una corretta attenzione agli interessi del paziente, come specificato dall'Art. 5 (Capitolo II – Consenso) della citata Convenzione di Oviedo:

"Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può,



in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”

Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ritiene che:

“il consenso informato costituisca legittimazione e fondamento dell’atto medico e, allo stesso tempo, strumento per realizzare quella ricerca di “alleanza terapeutica” nell’ambito delle leggi e dei codici deontologici e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente, cui aspira la società attuale”

In particolare, in un documento/parere del 1992, si specifica che in caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati il rapporto curante-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro:

“il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolarsu tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni....evitando esasperate precisazioni di dati inerenti complicità, mortalità ed insuccessi funzionali che interessano gli aspetti scientifici del trattamento. In ogni caso, il paziente dovrà essere messo in grado di esercitare correttamente i suoi diritti e quindi formarsi una volontà che sia effettivamente tale, rispetto alle opzioni che gli vengono proposte”.

È presente anche un richiamo alla richiesta dei familiari di fornire al paziente informazioni non veritiere che non deve essere vincolante. Il medico ha il dovere di dare al malato le informazioni necessarie per affrontare responsabilmente la realtà, ma attenendosi ai criteri di prudenza, soprattutto nella terminologia, già enunciati.

Infine si fa cenno al consenso informato in forma scritta che diventa:

“un dovere morale in tutti i casi in cui, per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, si rende opportuna una manifestazione inequivoca e documentata della volontà del paziente”.

A tal proposito, oltre a tutti i casi di sperimentazione clinica, ricordiamo le disposizioni legislative che prevedono espressamente il consenso scritto nelle seguenti prestazioni sanitarie:

◇ Trasfusione di sangue: legge 4.5.1990, n. 107

- ◇ Accertamento diagnostico HIV: legge 5.6.1990, n. 135, art. 5
- ◇ Donazioni di tessuti e di organi tra persone viventi: legge 26.6.1967, n. 458
- ◇ Prelievo e innesto di cornea: legge 12.8.1993, n. 301, art. 1
- ◇ Procreazione medicalmente assistita: legge 19.2.2004, n. 40
- ◇ Interruzione volontaria della gravidanza: legge 22.5.1978, n. 194
- ◇ Terapia elettroconvulsivante: legge Regione Piemonte 3.6.2002, n. 14, art. 3.

Requisiti del consenso informato

Nella formulazione del consenso informato è fondamentale:

1. evitare tecnicismi esasperati che sono espressione di un evidente ricorso alla medicina difensiva
2. adottare possibilmente il modello “deliberativo”, che presuppone un’interazione medico-paziente ed una conseguente affermazione di corresponsabilità tra medico e paziente;
3. il consenso deve essere personale, attuale (deve cioè essere dato prima e permanere per l’intera durata del trattamento con facoltà del paziente di revocarlo in qualsiasi momento), libero, manifesto, gratuito, richiesto, specifico, consapevole, informato, completo;
4. nella formulazione del consenso deve essere considerata la qualità dell’informazione, la qualità della comunicazione, la capacità decisionale del paziente;
5. il consenso informato può essere implicito o esplicito, se esplicito può essere orale o scritto; il consenso implicito è un tacito accordo ed è usato nella maggior parte delle più comuni prestazioni sanitarie e delle terapie mediche ordinarie;
6. il consenso, redatto e sottoscritto dal paziente e dal medico responsabile dell’atto sanitario, deve essere allegato e conservato all’interno della documentazione clinica di cui diviene parte integrante; conseguentemente potrà essere consegnato al paziente, come tutta la documentazione in copia, qualora ne faccia richiesta.



Inoltre, considerati il gran numero di settori della medicina e la grande diversità di situazioni cliniche nei differenti ambiti, non è possibile adottare un unico modello di consenso informato, ma è importante comunque avere ben presente una sorta di “canovaccio” da seguire nella redazione di ciascun modello di consenso che non prescinda da aspetti salienti che individuino altrettante fasi del processo di acquisizione del consenso informato:

1. informazione: è fondamentale acquisire tutte le informazioni necessarie per il percorso diagnostico-terapeutico da attivare quali data di nascita, nazionalità, lingua parlata, il consenso a sospendere o a modificare l'intervento di fronte a situazioni sopraggiunte impreviste o imprevedibili, informazioni sulle conseguenze del non intervento;

2. comunicazione: bisogna essere disponibili a fornire tutti i chiarimenti ed approfondimenti che si rendano necessari, adottando le corrette modalità di comunicazione ed i relativi contenuti a seconda del paziente e del suo grado culturale e del suo comprensibile stato emotivo; è fondamentale che il setting sia confortevole ed accogliente e quindi adeguato ad un colloquio durante il quale il paziente si senta quanto più possibile a suo agio;

3. verifica della comprensione: è un momento fondamentale per il medico in cui egli riceve il feedback sulle sue capacità informative e comunicative e soprattutto sulla possibilità di instaurare un'alleanza terapeutica solida con il paziente; inoltre è una fase di verifica delle eventuali “zone grigie” del modulo di consenso adottato; è necessaria la dichiarazione firmata dal paziente circa la completa ed esaustiva comprensione dell'informazione ricevuta;

4. acquisizione del consenso: è il momento conclusivo che suggella l'alleanza tra medico e paziente; non bisogna avere alcuna fretta nell'acquisirlo e può concretizzarsi, in tutte le situazioni in cui è possibile una dilazione nell'acquisizione, dopo una opportuna o necessaria fase di “meditazione”; il consenso informato è un processo che si svolge nel tempo e non in un solo incontro sbrigativo e frettoloso. Esistono situazioni particolari in cui bisogna “modulare” il processo di acquisizione del consenso:

a) paziente minorenni: è necessario acquisire il consenso di entrambi i genitori, se presenti e consenzienti; in assenza di un genitore per lontananza o impedi-

mento o sua incapacità, tale circostanza andrebbe documentata. Nel caso di disaccordo dei genitori, la decisione è rimessa al giudice, pertanto il medico non può procedere all'erogazione della prestazione, a meno che non ricorra lo stato di necessità (art. 54 del Codice Penale). Ove vi sia opposizione di entrambi i genitori, il medico, se ritiene la prestazione indispensabile per il minore, deve procedere alla segnalazione del caso alla Procura della Repubblica per i minorenni perché venga presentato ricorso al Tribunale per i minorenni. Nel caso di dissenso del minore nei confronti del percorso diagnostico/terapeutico, malgrado il consenso degli esercenti la potestà, è necessario valutare la necessità o differibilità del programma proposto, considerando l'opinione del minore come elemento determinante in funzione della sua età e del suo grado di maturità (art. 6, Convenzione di Oviedo), a cominciare dagli 8-9 anni, sempre dopo i 12 anni. Inoltre, il dissenso del minore deve essere considerato ostativo nei casi in cui il beneficio del trattamento risulti relativo o esistano approcci diagnostico-terapeutici alternativi.

b) paziente interdetto (o sottoposto ad una amministrazione di sostegno inerente i provvedimenti sanitari) e paziente in condizione di incapacità naturale (privo in tutto o in parte di autonomia decisionale o temporaneamente incapace di esprimere la propria volontà): l'acquisizione del consenso è rilasciata dal titolare legale del diritto (tutore/curatore).

c) dissenso di persone maggiorenni e capaci: in caso di rifiuto a sottoporsi ai provvedimenti sanitari proposti, il medico e gli operatori sanitari devono rispettare la volontà, fatta eccezione per le situazioni cliniche che evolvono fino a determinare lo stato di necessità.

d) stato di necessità: ove sussistano le condizioni di cui all'art. 54 del Codice Penale ed il paziente non sia in grado di esprimere il proprio consenso circa provvedimenti indifferibili, il medico è tenuto ad intervenire anche senza l'acquisizione del consenso. È necessario sottolineare che il pericolo deve essere attuale in quanto imminente, presente al momento dell'azione, ed inevitabile in quanto non eliminabile con una diversa condotta. I familiari devono essere opportunamente informati ma non viene riconosciuto loro alcun potere decisionale; le decisioni cliniche spettano soltanto al medico. Una volta superato lo stato di necessità, per tutte le ulteriori prestazioni sanitarie è necessario acquisire il



consenso del paziente. Nel caso di interventi chirurgici, ove il sanitario debba far fronte ad una situazione imprevista che richieda un atto chirurgico diverso da quello per cui si era acquisito il consenso, egli procede nell'esclusivo interesse del paziente, evitando di rinviare l'intervento ad un tempo successivo, ove la dilazione dell'atto chirurgico possa causare un danno grave alla salute o alla vita del paziente stesso.

e) *in medicina estetica*: per interventi di medicina estetica, sebbene non sussista l'obbligo di consenso in forma scritta, è assolutamente necessario fornire informazioni quanto più possibile dettagliate sui rischi, sugli effetti collaterali, sui potenziali fallimenti e sulle alternative disponibili, in quanto i miglioramenti estetici in genere richiesti, proprio perché non necessari alla salute del paziente, devono essere decisi e condivisi col medico dopo una minuziosa ed attenta analisi costi-benefici. A tal proposito la Corte di Cassazione, IV sezione penale, nella sentenza del 1° agosto 2008, n. 32423 sottolinea come, in questi casi, il consenso informato *“non può esaurirsi nella comunicazione di generiche informazioni ma deve investire, soprattutto nel caso di trattamenti che non sono diretti a contrastare una patologia, ma a finalità esclusivamente estetiche che si esauriscono in trattamenti non necessari se non superflui, gli eventuali effetti negativi del trattamento in modo che sia consentito al “paziente” di valutare congruamente il rapporto costi-benefici del trattamento e di mettere comunque in conto l'esistenza e la gravità delle conseguenze negative ipotizzabili”*.

È possibile un'evoluzione del consenso informato?

È evidente come negli ultimi decenni il crescente e progressivo processo di *empowerment* del cittadino/utente sia sfociato nell'identificazione del paziente come soggetto e non più come oggetto delle cure: è in questo scenario nuovo che la figura dell'infermiere diventa determinante nell'acquisizione del consenso informato sebbene attualmente, quando si parla di consenso, si ritiene sia strumento di esclusiva pertinenza medica. È ormai tempo di intendere l'approccio al paziente necessariamente “multiprofessionale” e ciò fa sì che siano i diversi professionisti della salute a gestire il processo di informazione al paziente circa gli interventi sanitari cui deve essere sottoposto, anche se attualmente nel nostro Paese è ancora scarsa o assente la consapevolezza che il consenso informato sia

un evento fondamentale che coinvolge ogni professionista della salute e non solo il medico. Accanto ad un'asimmetria nel rapporto medico-paziente ancora presente in molte situazioni, si rileva un'altrettanta frequente asimmetria tra medico ed infermiere: è scarsamente presente nella letteratura scientifica italiana il riferimento al consenso informato infermieristico, essendo l'infermiere considerato il professionista veicolante il consenso informato necessario per l'effettuazione di prestazioni mediche. Sebbene la *real life* sia connotata spesso da uno scenario difensivista in cui l'infermiere interpreta un ruolo ancillare rispetto al medico, essendo mero testimone nell'acquisizione del consenso, è giunto il tempo di proporre un cambio di paradigma in cui il consenso informato sia realmente un consenso inerente l'intero percorso diagnostico terapeutico del paziente e quindi sia un consenso informato integrato multiprofessionale (medico-infermieristico) anziché consenso monoprofessionale (medico). È tanto auspicabile quanto necessaria, pertanto, un'adeguata formazione in ambito relazionale dei vari professionisti che sfoci in una comunicazione di team integrata e personalizzata per ciascun paziente, considerando che è la comunicazione l'elemento essenziale e fondante per migliorare il rapporto tra mondo della sanità e cittadini: trasparenza, diritto all'informazione, efficienza organizzativa, capacità di ascolto e di analisi dei bisogni ed interattività sono elementi necessari per realizzare un'alleanza terapeutica reale e non fittizia tra professionisti sanitari e paziente.

Conclusioni

Il consenso informato deve essere considerato come elemento fondante della relazione fiduciaria tra medico e paziente e momento fondamentale per creare tra di loro quell'alleanza terapeutica che approdi alla prestazione più giusta e quindi benefica per entrambi. Il consenso informato è espressione di una condivisione di responsabilità tra medico e paziente in cui entrambi gli attori hanno pari autorità decisionale.

Spesso il medico dimentica che gran parte della serenità professionale persa negli ultimi anni, ne è dimostrazione il triste fenomeno della medicina difensiva, è dovuta alla sempre minore disponibilità a dedicare tempo al paziente, all'ascolto della storia del suo problema di salute, alla visione ormai stereotipata di una medicina fatta di rigidi protocolli, asettiche linee guida e fredde procedure; ancora più spesso, se possibile, il medico dimentica che la disponibilità al colloquio ed



alla condivisione col paziente al fine di acquisire un consenso informato, ha valenza di gran lunga superiore rispetto all'efficienza/efficacia dell'esecuzione tecnica della prestazione della quale il paziente avrà contezza solo eventualmente a posteriori. ... si rischia di negare la realtà: la scelta del paziente di farsi trattare da noi avviene sempre prima della esecuzione della prestazione da noi fornita! Continuando a considerare il consenso informato come mero, freddo e talvolta fastidioso atto burocratico, rifiutando di mettersi quotidianamente in discussione, si va verso comportamenti sempre più rischiosi, deontologicamente deprecabili e legalmente perseguibili.

Il consenso informato deve invece essere considerato come espressione di un'inevitabile evoluzione del rapporto medico-paziente alla luce dei profondi cambiamenti socio-culturali degli ultimi decenni caratterizzati da una maggiore consapevolezza, da parte dei cittadini, in termini di riappropriazione dei principi correlati al benessere che hanno condizionato e continuano a condizionare decisamente il mondo della sanità.

II CONSENSO INFORMATO in psicologia

La prestazione
psicologica con
il soggetto
naturalmente
incapace:
il tema del consenso
e i nodi critici del
rapporto con
il care giver
di Catello Parmentola
e Elena Leardini

1. Cenni introduttivi e aspetti definatori

a) *Cenni introduttivi*

L'idea di affrontare un tema così delicato e, per certi aspetti, controverso quale l'intervento psicologico a favore di soggetti di fatto non del tutto in grado di determinarsi autonomamente rispetto ad una scelta di cura, ma comunque giuridicamente capaci di farlo, è nata a seguito di esperienze professionali pratiche. Il contatto, a vario titolo, con professionisti del settore ha fatto emergere come, in tale ambito, ci si muova spesso in una 'terra di mezzo', i cui confini vengono sovente ritracciati a seconda che le coordinate siano dettate dal diritto o dalla corretta regola metodologica, dalla deontologia oppure, non da ultime, da necessità operative. Ciò ha fatto sì che si siano per lungo tempo instaurate delle prassi ispirate per lo più ad un concetto di beneficiabilità che, non potendo essere del tutto declinato sulla base della volontà del paziente incapace naturale, poteva subire varie interpretazioni a seconda o delle competenze, sensibilità, predisposizioni soggettive del singolo professionista oppure delle istanze e raccomandazioni di coloro che, del paziente, si erano incaricati dell'assistenza quotidiana. Negli ultimi anni, si è fatta strada una costante e sempre più crescente attenzione non solo nei confronti del rispetto della vita



privata e familiare del soggetto, ma anche riguardo a temi quali il consenso (e correlato dissenso) alla cura, la tutela della privacy, la responsabilità della struttura sanitaria e dei singoli operatori. Tale cambiamento è stato ben recepito non solo dai sanitari, ma altresì dagli stessi utenti, e se da un lato ha portato ad un progressivo maggiore controllo su alcuni atteggiamenti fin troppo disinvolti, dall'altro ha al contempo incrementato l'esposizione al rischio di denunce e, di conseguenza, innescato in molti operatori (anche comprensibili) meccanismi di 'auto-coartazione', attiva o passiva, in funzione prevalentemente difensiva. Scopo del presente contributo è quello di poter fornire agli psicologi che operano quotidianamente in contesti 'a rischio' alcuni indicatori di massima che possano loro consentire un agire professionale sì più cauto, ma soprattutto incentrato su quei fattori che maggiormente contribuiscono a renderlo più sereno e consapevole, congruo e, nei limiti del possibile, efficace: competenza, correttezza, coordinamento e dialogo.

b) La prestazione psicologica

Al fine di renderne maggiormente fruibile il contenuto, riteniamo procedere ad una sintetica definizione dei principali temi che saranno oggetto del presente contributo. Innanzitutto, pare doveroso condividere un aspetto peculiare del termine 'prestazione psicologica' così come verrà inteso qui di seguito: con tale espressione verrà indicata ogni tipo di attività avente ad oggetto un intervento professionale di natura psicologica, a prescindere che tale attività venga prestata a titolo oneroso o a titolo gratuito. Non si porrà alcuna distinzione, ad esempio, tra volontariato o meno: è fermo parere di chi scrive che ogni qual volta che un soggetto decide di intervenire come psicologo nella vita privata e familiare altrui, egli si assume la responsabilità non solo sociale, ma altresì giuridica, di compiere tale intervento nel pieno rispetto della migliore regola metodologica, a prescindere che venga (o intenda essere) retribuito oppure no.

c) Il consenso

Il concetto di 'consenso' ha subito, nel tempo, profondi ripensamenti e altrettante significative specificazioni. Non potendo qui ripercorrerne le varie tappe, ci limiteremo a sottolineare come, allo stato attuale, il termine 'consenso' non può non essere accompagnato dalla declinazione 'informato', laddove i due momenti dell'informazione e della sua comprensione contengono ed esprimono

no l'essenza di quella 'consapevole adesione al trattamento sanitario', requisito essenziale perché possano dirsi garantiti alla persona i diritti fondamentali riconosciuti dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione (cfr. richiamo a Corte Cost. Sent. n. 438/2008 in Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, Servizio Studi, Camera dei Deputati, 14 gennaio 2019, www.camera.it).

d) L'incapacità naturale

Per incapacità naturale si intende la condizione psicologica in cui, per una qualsiasi causa temporanea o definitiva, un soggetto giuridicamente capace si trova, di fatto, nell'impossibilità di autodeterminarsi in maniera piena e consapevole rispetto al compimento di un determinato atto.

In altre parole, tale persona gode sul piano giuridico di una piena e completa capacità di agire, in quanto maggiorenne e non interdetto, né inabilitato e neppure beneficiario di un provvedimento di amministrazione di sostegno; egli, pertanto, è l'unico soggetto legittimato ad esprimere il proprio consenso. Tuttavia, di fatto, non è in grado di farlo.

Il Codice Civile, all'art. 428, prende in considerazione tale condizione stabilendo che: '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 annullati [artt. 775, 1425 C.C.] su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa [artt. 377, 799 C.C.], se ne risulta un grave pregiudizio all'autore. L'annullamento dei contratti non può essere pronunciato se non quando [...] risulta la malafede dell'altro contraente'.

Sebbene l'ambito di applicazione di tale articolo risulti prevalentemente dedicato agli atti di disposizione patrimoniale (ad es. donazione o compravendita di beni), è evidente come il principio generale espresso dalla norma possa essere fatto valere anche per atti personali, quale l'accettazione di un intervento di natura sanitaria, anche se poi la peculiare portata dell'atto in sé comporterebbe, in caso di contrasto o addirittura lite giudiziaria, interventi e soluzioni giuridiche attentamente calibrate. Quanto al necessario requisito del concreto grave pregiudizio, è ormai consolidato l'orientamento teso ad attribuire all'acquisizione del consenso informato natura di 'prestazione altra e diversa rispet-



to a quella avente ad oggetto l'intervento terapeutico [...] anche in ragione della diversità dei diritti rispettivamente, all'autodeterminazione delle scelte terapeutiche ed all'integrità psicofisica, pregiudicati nelle due differenti ipotesi' (cfr. Cass., sent. n. 10414/2016, fonte www.studiocataldi.it/articoli). Ciò significa che la mancata, o anche solo non corretta, raccolta di un consenso informato valido può già di per sé costituire un'ipotesi di pregiudizio per l'incapace.

e) *Il Care Giver*

L'incapace naturale sovente 'dipende' dal Care Giver: un soggetto che, nella maggior parte dei casi, è un familiare o comunque una persona affettivamente significativa, che di lui/lei 'si prende cura'.

Il Care Giver, con il passare degli anni, imparerà sempre meglio a decifrarne i bisogni inespressi, ma non potrà mai farsi unico interprete e portavoce dei pensieri e della volontà del paziente; e ciò, prima di tutto sul piano psicologico, prima ancora che giuridico. Questa consapevolezza crea nel Care Giver un misto di inadeguatezza, rabbia, frustrazione, sensi di colpa, che si uniscono e si fondono e confondono con il senso di responsabilità verso una persona 'indifesa'. Il tutto fluisce all'interno di un rapporto fatto di forti vincoli affettivi non sempre chiari e, che, quindi, ne impediscono o limitano l'osservazione e la riflessione oggettiva.

Per tutte queste ragioni il Care Giver ha bisogno innanzitutto di ascolto.

Lasciargli il tempo di raccontarsi è per lui un regalo inaspettato e straordinario: sempre preso dal 'fare' e dal 'darsi da fare per ...', spesso si dimentica quasi di esistere come individuo. Se la relazione con il Care Giver viene improntata sul rispetto e la considerazione del suo difficile ruolo, pur senza mai esprimere giudizi sulle sue scelte e 'strategie' di accudimento, si riuscirà a 'guidarlo' verso ciò che è oggettivamente più giusto.

Limitandoci per ora ad un livello più formale, ci sono alcuni aspetti tanto delicati quanto, talvolta, poco considerati e che riteniamo importante affrontare in premessa. Chi sceglie di porsi come Care Giver ha ben chiaro a cosa si sta esponendo? Dovrebbe rispondere ad una logica di Consenso Informato anche questa scelta. La sua partecipazione attiva a tutte le somministrazioni (non solo farmacologiche) richiede una sua totale e profonda adesione ai Protocolli previsti: sanitari e familiari debbono avere certezza e tranquillità a riguardo.

Bisogna essere sicuri della sostenibilità umana da un lato e della piena adesione dall'altra: quindi è importante che ogni aspetto sia adeguatamente e pregiudizialmente informato.

Inoltre, il Care Giver è esso stesso stabilmente 'assistito' da tutti i punti di vista, quindi sulle diverse esposizioni a riguardo si pone allo stesso modo la questione del Consenso Informato, dato che ogni eventuale implicazione non può pensarsi 'coperta' da quello prestato dal paziente. A tal proposito, viene da chiedersi quale sia la migliore figura professionale perché anche al Care Giver venga fornito un supporto adeguato. Uno dei maggiori nodi critici dell'agire professionale con il paziente incapace naturale, infatti, sta proprio nel rapporto triadico che viene ad instaurarsi tra Psicologo, Paziente e Care Giver. L'assenza di una disposizione di legge (così come invece avviene per il soggetto minorenni) ovvero di un provvedimento giudiziale (di interdizione, inabilitazione o amministrazione di sostegno ¹) che, almeno sul piano formale, consenta allo psicologo di sapere con maggiore chiarezza portata e limiti delle responsabilità del Care Giver rende per nulla facile, ad entrambi, una più agevole definizione dei rispettivi ruoli in un'ottica condivisa di reale ed efficace tutela degli interessi del paziente. A ciò si aggiunge un ulteriore aspetto, latore anch'esso di elementi confusivi: qual è la natura del rapporto che si instaura tra Psicologo e Care Giver? Ferma restando, in capo al Paziente, la posizione di diretto destinatario della prestazione, il rapporto Psicologo/Care Giver, se non adeguatamente gestito, può talora non riuscire a mantenersi nei confini di uno scambio di informazioni, notizie, consigli limitato allo stretto necessario perché possano essere assicurate al Paziente cura ed assistenza adeguate. L'attività psicologica prestata al Care Giver ben può assumere contorni e caratteristiche

I Per quanto attiene alla espressione del consenso di paziente maggiorenne incapace di intendere e di volere, si ricorda che questo può essere già destinatario di un provvedimento giudiziario, oppure no, sebbene comunque in stato di incapacità.

- a) I provvedimenti giudiziari.
In tal caso di espresso provvedimento giudiziario, il consenso al trattamento sanitario deve essere espresso anche dal:
- tutore (o curatore) nominato con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, il quale agisce in virtù del potere di rappresentanza attribuitogli;
 - amministratore di sostegno (istituto introdotto dalla L. 6/2004), il quale, qualora il giudice abbia accertato l'impedimento fisico e/o psichico dell'interessato ad assumere consapevoli valutazioni inerenti la cura della sua persona, può essere autorizzato a compiere tutti gli atti necessari alla tutela della salute del beneficiario.



più ampi e finire con il diventare un vero e proprio supporto professionale in favore di un soggetto diverso dal Paziente e a sua volta titolare di tutta una serie di diritti, quali il diritto ad esprimere a propria volta un personale consenso o a chiedere ed ottenere che riguardo a certe sue confidenze lo psicologo mantenga il segreto anche con lo stesso Paziente.

2. Casi particolari

a) *Il Paziente in condizione psicotica*

Il soggetto naturalmente incapace che più spesso lo Psicologo può incontrare è il Paziente in una temporanea condizione psicotica. Storicamente accadeva molto meno quando si parlava di 'struttura psicotica della personalità', espressione che rimandava, appunto, ad una condizione patologica strutturale. In qualche modo questa diagnosi, classificava 'il soggetto' in modo irrimediabile, rendendolo -di fatto- di esclusiva competenza psichiatrica. Al giorno d'oggi, invece, non si parla più di strutture psicotiche di personalità bensì di temporanea condizione di psicosi: si identifica cioè la psicosi solo con gli stati di floridità sintomatica, di forte scompensamento, di 'rottura' psicotica, di destrutturazione del soggetto e del suo rapporto con la realtà. Le conseguenze operative sono decisive: si considera oggi anche tale paziente trattabile a livello psicologico e psicoterapeutico, quando si trova in uno stato integrato e di compenso. Anzi, proprio la psicoterapia può contribuire a lavorare le basi psicodinamiche, le cause e i punti generativi del disagio per prevenire le cicliche rotture psicotiche dei pazienti dalla rigida struttura di personalità. Gli schemi strategici prevedono oggi che lo psichiatra compensi

La figura dell'amministratore di sostegno interviene perciò nell'interesse di soggetti che, per patologie fisiche e/o psichiche, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere a se stessi e che non sono in grado di esprimere un consenso, o un dissenso, realmente cosciente ed informato. Da precisare che la stessa L. 6/2004, introducendo l'art. 406 Codice Civile, obbliga la struttura sanitaria 'direttamente impegnata nella cura ed assistenza della persona' a richiedere l'intervento del giudice tutelare perché provveda alla nomina di un amministratore di sostegno in favore del malato, qualora venga 'a conoscenza di fatti tali da renderne opportuna l'istituzione' ed a fornirne comunque notizia al Pubblico Ministero.

Nel caso di opposizione da parte del legale rappresentante del paziente al trattamento sanitario, salvo i casi di necessità ed urgenza che rendono l'intervento del medico indifferibile per la sua salute o la sua vita, il medico è tenuto ad informare l'Autorità Giudiziaria competente.

b) In stato di incapacità temporanea, ma non legalmente interdetto.

farmacologicamente le temporanee condizioni psicotiche per restituire puntualmente allo psicoterapeuta un soggetto 'lavorabile', o, meglio, nelle condizioni di poter bene utilizzare il contesto terapeutico; e che lo psicoterapeuta coinvolga tempestivamente lo psichiatra ai primissimi prodromi di scompensamento sintomatico. Può accadere, quindi, in varie fattispecie situazionali, anche allo psicologo di sfiorare o impattare target 'naturalmente incapaci' e di dovere 'concordare' decisioni con soggetti con una disorientata, non presente o non lucida coscienza di loro stessi. Pazienti che non riconoscono di avere un problema ('i pazzi siete voi'), che non riconoscono di avere bisogno di aiuto, che non vogliono accedere a nessun contesto di cura, che non vogliono assumere nessun farmaco. Un target psichiatrico dunque che però potrebbe impattare lo psicologo per errore o per sfalsamenti di fasi o sui confini - a volte non chiarissimi - tra le diverse fasi.

In ogni caso, il principale problema che si pone allo psicologo è la corretta gestione di una situazione di fatto ineludibile: egli non può Informare. Nello scompensamento clinico, quand'anche arrivasse il paziente, non arrivano le parole al paziente. Pertanto, dal punto di vista sia clinico che deontologico c'è una esposizione di responsabilità da parte del professionista che va anche oltre il soggetto paziente in quella fase incapace e non cosciente della propria malattia. «In questo caso, il teorico diritto all'informazione si infrange con la totale incapacità del paziente a riceverla. Per questi pazienti non è solo pressoché impossibile recepire la giusta e corretta informazione ma è estremamente difficile instaurare la relazione. Occorre qui abbandonare, di necessità, 'il rispetto dell'autonomia individuale', il primo dei criteri etici di riferimento largamente

In tal caso, salvo la nomina dell'amministratore di sostegno ovvero la ricorrenza dei presupposti del TSO, il medico deve verificare se il paziente, che si trova in uno stato di incapacità transitoria, abbia precedentemente espresso delle volontà in merito ad eventuali trattamenti sanitari, tenendo conto che:

- qualora tali volontà non siano state precedentemente espresse dal paziente e sussista il pericolo di un danno grave ed imminente per la sua salute o la sua vita, il medico deve intervenire senza indugio, anche in mancanza di acquisizione del consenso. A tal fine occorre che il pericolo sia attuale ed inevitabile; attuale, in quanto sovrastante, in atto al momento dell'azione; inevitabile, perché non eliminabile con diversa condotta (ovvero sussistono i requisiti dello stato di necessità ed urgenza di cui all'art. 54 codice penale); qualora il paziente abbia precedentemente espresso volontà, seppure radicate entro profonde e coerenti motivazioni anche di ordine squisitamente religioso, nel caso in cui ricorrano i presupposti dello stato di necessità ed urgenza, il medico deve, da un lato, tener conto, ove possibile, del contenuto di tali dichiarazioni, in relazione all'attualità e alle caratteristiche del caso concreto, e, dall'altro, intervenire secondo scienza e coscienza.



condivisi a tutela del malato. Si è costretti a optare per il secondo principio etico, quello della ‘protezione dell’integrità della persona’, anche contro l’involontarietà del soggetto. Gli interventi a tutela della salute mentale permangono in un ambito a statuto speciale, per il buon motivo che il soggetto, alienato, è stato colpito nella sua peculiare essenza di essere umano, quella di ‘esserci’, avere coscienza di sé (e di qui la sua ‘irresponsabilità’). Nell’ambito psichiatrico, la diagnosi psicopatologica diventa di grande utilità solo all’equipe terapeutica, in termini di prognosi e progetto terapeutico.

Fintanto che il paziente è relegato nel suo stato psicotico, ha poco senso dargli una corretta e dettagliata informazione del suo stato di salute mentale.

Il rispetto che ogni terapeuta deve avere per il suo paziente è quello di continuare a pensarlo, nonostante tutto, come persona vivente, cioè come potenzialmente in grado di potersi individuare, ‘non ritenendo quindi mai solo una perdita di tempo, il restargli accanto anche quando dà tutti i segni di non riconoscere più la sua esistenza’ Il rispetto dell’autonomia individuale, in questi casi, è totalmente a carico del terapeuta: l’obiettivo primario dell’azione terapeutica (non importa la durata nel tempo) resta sempre comunque quella di restituire al paziente autonomia e libertà» (Parmentola, , 2003).

Oltre le dimensioni umana, clinica e deontologica, si pone altresì la dimensione giuridica dell’informazione e del Consenso. Essendo più storicamente consolidato come target medico-psichiatrico, questa dimensione è molto più codificata e fissata nell’esperienza medico-psichiatrica.

Ci sono Protocolli in tal senso per agganciare a livello professionale-istituzionale questo paziente ‘che non si ammette’ come tale. Ci sono Protocolli farmacologici appositi per questo tipo di paziente che rifiuta ogni somministrazione. Ci sono Percorsi definiti a livello medico-legale e a livello giuridico-amministrativo. Anche strategie per la gestione degli aspetti familiari. Lo psicologo, avendo -con riferimento al caso del paziente in una temporanea condizione psicotica- un target meno consolidato ed esperto, può avere molte più difficoltà riguardo a vari aspetti giuridici.

Ecco che allora una riflessione intanto sul Consenso Informato nel caso di questo paziente naturalmente incapace può cominciare a ‘riempire’ la competenza dello psicologo e a colmare qualche ritardo rispetto ai dilemmi che, in tema prima di tutto di consenso, possono porsi a tale figura.

È infatti ormai noto come si sia aperta «la strada al riconoscimento delle istanze più profonde dell’incapace, avvertite come un imperativo non più rinviabile dalla coscienza sociale e successivamente recepite dalle singole legislazioni nazionali. [...] La prima questione che occorre affrontare [...] è il rispetto della volontà manifestata dal paziente incapace, che deve essere aiutato, nei limiti in cui lo consentono le condizioni della sua patologia, ad adottare una scelta che sia conforme alla sua personalità e alla sua dignità, senza subire coartazioni né [...] da chi provvede alla sua assistenza o alla sua legale rappresentanza, né dal medico [...] La ricostruzione di questa volontà, che riposa sul consenso informato, deve aiutare il paziente, anzitutto quello incapace, ad essere e a sperimentare se stesso nella malattia, secondo la sua incoercibile visione della vita, e a confrontarsi con le

decisioni da prendere sulla sua salute in base all’elaborazione di una propria personalità, autonoma, libera e consapevole, che lo veda e lo riconosca quale soggetto e non come oggetto di cura» (M. Noccelli, 2018).

Tuttavia, le soluzioni finora contenute in interventi legislativi anche recenti (si veda la L. n. 219 del 2017 sul Testamento biologico e il Consenso informato), così come in varie Linee guida proposte da Enti o Persone Giuridiche, mirano principalmente a risolvere l’indubbiamente prioritario problema del rapporto tra il diritto all’autodeterminazione del paziente e intervento medico in senso stretto. Tale problema, seppure di non agevole soluzione, è connotato da un elemento, se non oggettivo, ‘oggettivizzabile’ in quanto viene a prendere in considerazione uno stato personale del paziente non solo qualificabile in termini di salute/malattia, ma talora anche di aspettativa di vita/pericolo di morte. Da ciò discende la possibilità di accedere a categorie distintive tra ‘intervento necessario e urgente’ e ‘intervento differibile’, oppure di creare figure giuridiche particolari quali quella del ‘consenso progressivo’, che consente di procedere ad una pianificazione delle cure ‘per fasi’ e ad una corrispondente modalità di acquisizione del consenso ‘per gradi’, tenendo conto sia della necessità delle prime sia della sempre maggiore capacità decisoria del soggetto curato man mano che il suo stato di salute migliora.

L’intervento psicologico, in tutti questi casi, se da un lato viene considerato pressoché indispensabile, dall’altro viene utilizzato come ‘strumento accessorio’, non come intervento autonomo: per paradosso, mentre lo psicologo



è sempre più considerata la figura professionale più titolata a valutare nel paziente la misura di quel (seppur minimo) grado di consapevolezza necessario per garantire allo stesso un intervento sanitario 'non lesivo' nel senso così come ormai condiviso in tema di diritti individuali della persona, tarda ancora ad essere ricercata una possibile equa soluzione tra stato psichico alterato e consenso all'intervento psicologico in sé.

b) Il Paziente sedato in Hospice

L'Hospice prende in carico, in Struttura o a domicilio, i pazienti che non rispondono più alle cure tradizionali: con cure palliative si mira a garantire la migliore qualità della vita e delle relazioni al paziente e ai suoi congiunti nell'Ultimo Tratto.

La questione del Consenso Informato interseca in tale ambito sistematicamente la questione della Comunicazione: di cosa si dovrebbe dire, cosa si può dire, cosa si riesce a dire, cosa il paziente può utilmente sostenere con riferimento alla mission 'migliore qualità della vita possibile'.

Le calibrature vanno ricercate giorno per giorno, su una frontiera delicatissima e molto complessa perché si modificano progressivamente gli standard di partecipazione consapevole del paziente; si modificano progressivamente i piani di relazione tra operatori, pazienti e familiari; si modificano gli Oggetti professionali su cui dire e su cui ottenere il consenso, dal ricovero nella Struttura alle cure palliative che -a loro volta- si incrociano qualche volta con la terapia del dolore e spesso con l'opportunità -negli ultimi giorni- della sedazione del paziente.

Sono livelli molto diversi e si deve pattinare lungo i confini.

L'art. 32 della Costituzione riconoscendo al paziente il diritto di scegliere sostiene che al paziente siano forniti tutti gli elementi cognitivi per farlo.

Quindi non è discutibile normativamente che al paziente si debba parlare chiaro. Ma questo è soltanto l'inizio del discorso. Se non si perseguissero misure -poi vedremo come-, come si potrebbe utilmente lavorare al perseguimento della migliore qualità della vita? Come si potrebbe impedire che il paziente rigetti comunque quello che non è in grado ancora di sostenere? Come si potrebbe imporre all'operatore 'un dire' che non riesce a dire?

La Norma viaggia su gambe umane, vulnerabili e imperfette: siamo tutti frangibili, dobbiamo comunque trovare il modo di starci dentro, stando contestual-

mente nel luogo di lavoro e nel luogo di noi in cui siamo, in frontiere sempre specifiche, a statuti sempre speciali.

Se l'Hospice fosse detto 'il Luogo in cui si va a morire', chi darebbe un proprio facile Consenso? Quale Viaggiatore della Sera partirebbe per fino alla fine del suo tempo? L'Hospice è anche il luogo in cui si va a morire ma è anche e soprattutto tante altre cose, è comunque ancora Vita: è un costante oscillare tra le rappresentazioni e gli accenti di un aspetto o dell'altro. Senza mai mentire, ma pur sempre dovendo trovare il modo affinché la comunicazione sia sostenibile ai fini del Mandato che è di migliorare, non di peggiorare o traumatizzare la qualità di quella vita.

c) Il Paziente affetto da patologia cronica a carattere evolutivo

Sono soggetti naturalmente incapaci anche quelle persone che, a causa di una patologia 'cronica' a carattere evolutivo (ad esempio una malattia oncologica, il morbo di Alzheimer, la SLA...), nell'ultima fase di essa possono perdere la possibilità di esprimere le proprie preferenze e quindi la capacità di autodeterminazione.

In questi casi ci si può trovare di fronte a diversi scenari:

- ◆ se il paziente era stato precedentemente informato in maniera adeguata sulla sua patologia, gli era stata illustrata la possibilità di sottoscrivere le DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) ed egli aveva accolto tale proposta, il rapporto con il Care Giver sarà sicuramente più sereno, perché compito di tutti coloro che si prenderanno cura del paziente nell'ultima fase della sua malattia sarà quello di attenersi alle sue disposizioni anticipate di trattamento;
- ◆ se, invece, come spesso accade, specie in ambito oncologico, il paziente aveva avuto solo informazioni parziali ed incomplete sulla natura o lo stadio della sua malattia e non è stato quindi possibile affrontare il tema delle DAT, nel momento in cui egli perde la capacità di autodeterminazione, il familiare Care Giver 'erediterà' la responsabilità delle scelte che lo riguardano.

In quest'ultimo caso, la relazione con il Care Giver potrebbe essere più o meno problematica in base alla sua personalità ed al grado di intima conoscenza delle idee e dei valori del paziente. I suoi sentimenti potrebbero andare dalla rabbia



al senso di impotenza; in simili circostanze, c'è chi si sente schiacciato dal peso delle decisioni, chi tende ad identificare le preferenze del paziente con le sue e chi con serva una certa serenità perché 'sa di sapere' cosa l'altro avrebbe detto o voluto.

Compito dello psicologo è sempre e comunque inizialmente ascoltare. Il rispetto e la considerazione del dolore e del difficile ruolo del care-giver in questo delicato momento permettono di avere accesso ai suoi sentimenti più profondi e nascosti. Solo in un secondo momento egli può essere aiutato a capire cosa è più giusto fare in questa fase della malattia. Sarà tutto, naturalmente, più facile se si avrà avuto il tempo di instaurare con il paziente una relazione, prima che egli diventasse incapace.

La conoscenza diretta dei suoi pensieri, dei suoi desideri, delle sue paure, a volte taciuti anche ai suoi familiari più intimi, ci permetterà di farci 'portavoce' della sua volontà e di trasmettere al Care Giver un senso di tranquillità e di 'conforto' anche quando sarà chiamato a prendere decisioni per lui difficili' come, per esempio, l'interruzione delle cure specifiche o scegliere l'assistenza a casa o presso Struttura.

Tuttavia, tale approccio di presa in carico nasconde un'insidia: lo psicologo che 'prende in carico' sia il paziente sia il Care Giver, può divenire depositario di istanze non solo diverse, quanto talora configgenti. In tal caso, subentra una situazione di 'conflitto di interessi' difficilmente gestibile e, sovente, neppure sanabile. Pertanto, sarebbe auspicabile una compresenza di professionisti, ognuno dedicato e disponibile o al Paziente o al Care Giver; due Psicologi, quindi, ovviamente autorizzati a condividere tra loro le informazioni necessarie acquisite dai propri assistiti e, in seguito, in grado di restituire agli stessi la capacità di giungere a decisioni consapevoli e responsabili.

3. Situazioni particolari

a) La sedazione

La sedazione è l'unico territorio professionale e istituzionale dell'Hospice che rientrerebbe coerentemente nel target di questo contributo, la prestazione psicologica con il soggetto naturalmente incapace: il tema del consenso e i nodi critici del rapporto con il care-giver. Abbiamo trattato anche gli altri aspetti dell'Hospice per due motivi: per meglio contestualizzare la riflessione nell'at-

mosfera istituzionale e perché nell'Hospice 'la incapacità' del paziente è ad andamento variabile e diffuso, si espande in modo meno strutturale su diverse fasi e stadi clinici.

Il progredire del male non è lineare e regolare: possiamo 'perdere' il paziente e 'ritrovarlo' varie volte a distanza di giorni o di ore, perdendolo e ritrovandolo, quindi, anche come responsabile di sé e titolare del Consenso sulle proprie scelte.

Anche l'esposizione emozionale su frontiere così estreme a volte provoca reattività forti, disancoramenti e sconnessioni più o meno temporanee e dobbiamo provare ad avere scambi congrui con interlocutori (paziente a volte, familiari in altre occasioni), letteralmente 'impazziti di dolore' che non sono nelle condizioni di 'potere sentire ragioni': in quei momenti sono incapaci.

Spesso si verificano circostanze in cui tale 'incapacità' si protrae per giorni, mentre si fanno sempre più impellenti decisioni importanti abbisognevole di Consenso informato. Il tempo clinico non aspetta.

È, dunque, attorno alla sedazione che più strutturalmente si svolge il tema della gestione anche degli aspetti giuridici del paziente incapace. È questione molto complessa e anche un po' paradossale poiché, con la sedazione, più che impattare i problemi clinici e giuridici che pone il paziente incapace, ci si ritrova di fronte alla 'opportunità' clinica di 'renderlo incapace': la sedazione come costo minore in quella situazione data.

Ne introduciamo qui alcune fatti specie e alcuni sottordini, per potere poi ipotizzare, caso per caso, le linee d'azione più corrette dal punto di vista giuridico.

1. Il medico vede la sofferenza del paziente così sovrastante il paziente stesso, da quasi non riuscire a vedere più il paziente oltre la sua sofferenza.

E, quindi, parte dal MEDICO la proposta di sedazione per un fatto di rispetto di quella sofferenza. Il paziente è ormai minato dalla sofferenza nei suoi possibili margini di interlocutività. Magari è un atto medico dovuto, in scienza e coscienza nella titolarità del medico. Se non fosse che non è solo un atto medico: ha così tante implicazioni meritevoli di essere Informate nell'auspicio di un Consenso da parte dei familiari. Nella sedazione 'sfuma' il paziente, quindi sono in gioco i tempi e i modi di questo commiato, tempi e modi che non possono non riguardare gli attori, il loro 'venire' preparati, il loro essere 'organizzati' a riguardo.



2. In altre occasioni, possono essere I FAMILIARI, particolarmente sensibili alla sofferenza del congiunto, a chiedere al medico informazioni circa la possibilità che il loro caro venga sedato: è uno stadio in cui si interloquisce ormai con la sofferenza del paziente più di quanto si riesca ancora a interloquire con il paziente. Può accadere che la valutazione del medico sia anche più mediana e resistente rispetto all'ipotesi sedativa e, ovviamente, sempre interfacciata finché è possibile- soprattutto con il paziente: dimensioni di confronto, a più livelli, sono ineludibili.

3. In altre occasioni, un PAZIENTE, ancora interlocutivo, chiede di essere sedato per i suoi più diversi motivi di insostenibilità fisica e psichica della sua situazione di sofferenza. I familiari magari non sono d'accordo e anche la valutazione del medico è ancora mediana con riferimento ai parametri clinici. La decisione sarà ovviamente l'esito Informato di un confronto con il paziente, ancora pienamente titolare della responsabilità di sé e del suo Consenso. Bisogna essere inappuntabili nei passaggi formali perché 'dopo' resteranno nella mischia interlocutiva solo i familiari e i medici e potrebbero anche venire sindacati i criteri e le soglie che progressivamente hanno fatto valutare la capacità e l'interlocutività del congiunto.

4. La sedazione è già di per sé un bilanciamento complessissimo da perseguire per il medico che si pone la misura etica del suo atto se c'è ancora una quota di presenza o di dignità del paziente che si possa non mortificare o spegnere, senza esporlo alla sofferenza.

Il medico non ama mai essere o sentirsi colui che 'rende incapace' il paziente (anche se tecnicamente, quando si parla di sedazione, con questo in fondo ci si confronta e questo, in fondo, ha una sua misura ineludibile): si tratta di un bilanciamento chimico, ma anche di un'esposizione professionale e umana delicatissima, nella cornice relazionale e ideologica descritta e con la gestione dei termini formali del Consenso che deve essere inappuntabile a riguardo.

Il Consenso, a che cosa viene precisamente dato, quando si tratta della sedazione? C'è la sofferenza e c'è quel che ancora c'è del paziente; e poi ci sono tanti diversi livelli di commiato in gioco, da sé, dai congiunti e dai curatori che 'dopo' non saranno più 'percepibili'. Trovare le misure e tradurle in azioni irreprensibili anche dal punto di vista giuridico non è semplice.

La sedazione simbolizza lo smettere di percepirsi, il perdersi l'uno all'altro. Ma spesso è anche equivocata con una forma surrogale di eutanasia, mentre di fatto accompagna senza determinare o accelerare niente.

b) *Le cure palliative*

Ed è lo stesso pattinare che, subito dopo il ricovero, deve riguardare la comunicazione e il consenso relativi ai Protocolli palliativi.

Comunicazione e Consenso Informato danzano assieme sempre, ben oltre l'informare normativamente previsto. Danzano assieme perché c'è una logica di contesti e di momenti. I passi debbono essere calibrati: è la qualità della comunicazione e dei contesti relazionali che si istituiscono che fa calibrare funzionalmente i passi dell'Informazione e del Consenso.

Quando si giunge alle cure 'palliative', non c'è solo l'evocazione di un lenimento della sofferenza e di una grande attenzione alla qualità della vita, c'è anche l'evocazione implicita di una frontiera sconfitta: 'non c'è più una guarigione possibile'.

Come si può ridurre una questione così complessa come la fine di una prospettiva esistenziale ad un fatto formale di Informazione sui Protocolli al fine di acquisirne il Consenso? Non si tratta solo di informare: si tratta anche di una relazione che funzionalmente promuova una filosofia, una visione, un significato, tutto quello che in modo nobile e ideale ha ispirato il Palliativo. È un diverso livello di adesione istituzionale quello che occorre per cogliere la sostanza e il senso di una scelta: la firma del Consenso non è l'inizio, ma solo l'esito di Tutto Questo.

c) *La comunicazione*

Quando il tempo si fa stretto, va rappresentato al paziente, affinché possa parteciparlo. Il commiato è più pronto e pacato se tutto è a posto. Se ha il tempo di sistemare le cose. Se può sentirsi dentro un buon saldo, soprattutto per quanto riguarda i bilanci affettivi. Non ci attardiamo qui su questo, ma è importante che, tra mille diverse idee in gioco a riguardo (il familiare che si illude che il paziente non abbia capito ancora e insiste affinché nessuno gli dica niente, illudendosi di proteggerlo dalla verità mentre lo inquieta ed agita con l'ambiguità), l'operatore abbia una sua misura dottrinarica e pratica. Questa misura è riconducibile alla Verità Sostenibile: si dice sempre la verità al paziente, ma



rispettando i suoi tempi e i suoi modi affinché possa utilmente sostenerla.

La Verità Sostenibile è un cantiere sempre aperto, una costruzione, un percorso, un dire in corso. Il paziente sa sempre più e meglio quello che gli sta accadendo, gli parla il corpo, gli parlano le relazioni attorno. È a un punto sempre più emancipato di consapevolezza e su quel punto deve ogni volta calibrarsi l'operatore per mediargli elementi di realtà ogni volta coerenti.

Ovviamente non è una matematica: si tratta di essere umani che si incontrano attorno a qualcosa che li sovrasta. Su quella frontiera, l'operatore è impegnato a regolare il respiro e a fare uscire la voce: in quella stanza non manca mai il Diritto, ma l'operatore è in compagnia anche di così tante altre importanti 'questioni'. I netti confini tracciati dall'art. 32 della Costituzione per esempio, si vedono e non si vedono; rispettarli, quel giorno e in quel preciso momento, potrebbe anche non essere propriamente, per lui, il primo dei suoi problemi. Quanto detto finora evoca fundamentalmente una complessità data dal fatto che ci si riferisce non ad un paziente capace o non capace: ci si riferisce a quegli stadi in cui progressivamente il paziente può 'cominciare' ad essere reso incapace prima dalla sofferenza, poi dalla sedazione, fino a smettere poi del tutto di essere presente a se stesso, di percepirsi.

4. Note conclusive

Ogni Consenso inizia a fluttuare tra vari livelli di Responsabilità e diversi Soggetti. Atti medici in scienza e coscienza, Protocolli obbligati o discrezionali, familiari che stanno contestualmente in tante disordinate ed emozionali partite. Spesso – come abbiamo visto – il paziente ha già fatto delle scelte e dato il consenso per dei passaggi medici; i familiari possono anche non concordare, ma i sanitari sono vincolati alla decisione pregressa del paziente.

Lo stesso paziente può alternare stadi di minore o maggiore vigilanza venendo esposto a gradi minori o maggiori di responsabilità riguardo a se stesso e alle decisioni che lo riguardano. Questa è una fase in cui è davvero importante avere le carte a posto e non sbagliare formalmente niente, proprio a bilanciamento della confusione e del disordine di tutti i contesti di relazione e comunicazione. Ci sono una soglia di opportunità per il Sanitario e di scelta del Paziente che spesso coincidono, ma c'è contestualmente spesso una soglia di resistenza dei familiari.

Con l'introduzione della L. n° 219/2017, anche in Italia si è provveduto a regolamentare le Disposizioni Anticipate di Trattamento e si è intervenuto a meglio precisare i termini entro i quali debba essere rispettato il volere (anche) dei soggetti più deboli e fragili di accettare o rifiutare un trattamento sanitario. Tuttavia, sebbene si sia in larga parte modificato l'assetto dei rapporti tra paziente e sanitario e si sia definitivamente superato quel tradizionale atteggiamento di 'paternalismo medico' che spesso vedeva il soggetto malato divenire 'oggetto di cura', di fatto la realtà quotidiana che si svolge nei presidi deputati all'assistenza di persone gravemente compromesse nella loro autonomia non solo fisica, ma anche e soprattutto psicologica, pone gli operatori di fronte ad esigenze di rapida operatività che talora mal si conciliano con i tempi del diritto. In tutti questi casi, è ineludibile un'assunzione di responsabilità da parte del sanitario e, altresì, una sua conseguente esposizione a contestazioni e denunce. Tale rischio può tuttavia risultare notevolmente contenuto ove si ponga mente ad alcuni fattori, che - sebbene possano apparire quasi ovvi scritti qui di seguito - in un contesto operativo ad alto impatto non solo cognitivo, ma anche e soprattutto emotivo, vengono sovente sottovalutati: consapevolezza del proprio ruolo, sia in termini di portata sia di limiti; costante aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori in cui si opera; conoscenza degli elementi di diritto e deontologici che governano la relazione sia con il committente sia con il destinatario della prestazione; acquisizione di una concreta capacità di comunicazione, anche in termini squisitamente dialogici.



Aspetti generali

Il consenso informato è la manifestazione libera, con cui un paziente esprime in maniera consapevole la propria volontà in merito ad uno specifico trattamento sanitario; è pertanto l'espressione del diritto del paziente di scegliere, accettare o anche rifiutare i trattamenti (diagnostici, terapeutici), dopo esser stato esaurientemente informato sulla diagnosi, sul decorso previsto della malattia, su tutti i possibili rischi ad essa correlati e sulle alternative terapeutiche e le loro conseguenze.

Consenso è un termine di derivazione latina e precisamente dalle parole cum e sentire, che significano “provare insieme le stesse sensazioni”; indica pertanto una condivisione di intenti e, in particolare in ambito medico, una condivisione da parte del paziente della scelta terapeutica che il medico gli prospetta.

Storicamente il diritto all'autodeterminazione nasce dall'Habeas Corpus, contenuto nella Magna Carta del 1215. L'evoluzione dell'Habeas Corpus in età moderna è data dalle norme fondamentali sancite dalle leggi delle varie nazioni. L'obbligatorietà del consenso informato in Italia scaturisce principalmente dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, che prevedono, rispettivamente, i diritti inviolabili dell'uomo in quanto tale, l'intangibilità della libertà personale e il diritto alla salute con contestuale divieto di imporre ad un soggetto un trattamento sanitario tranne nei casi espressamente previsti dalla legge.

L'autodeterminazione e l'invulnerabilità del proprio corpo sono parti integranti del consenso informato: si mette al bando quella mentalità che con fini paternalistici tollerava che il medico potesse sostituirsi al paziente nella decisione di una cura o di un intervento chirurgico. Pertanto al centro dell'attività medico-chirurgica deve sempre collocarsi il principio del consenso, che rappresen-

ta l'autentico modo in cui deve essere strutturato il rapporto tra il medico ed il suo paziente, che deve essere fondato in primis sui diritti fondamentali del paziente e, di conseguenza, sui doveri del medico. Ne deriva l'illegittimità di quei trattamenti sanitari extra consensuali a cui viene sottoposto un paziente, non essendo previsto un generale dovere di curarsi se non nei definiti limiti circoscritti dall'art. 32 secondo capoverso della Costituzione che, precisamente recita *“Nessuno può essere obbligato a 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”*.

Questa regola, di rango costituzionale, è rinsaldata a livello internazionale dalla Convenzione di Oviedo del 1997 che è stata ratificata dall'Italia con la Legge n. 145 del 28 marzo 2001, che stabilisce, in particolare, che ogni intervento o terapia, invasivi o no, richiedono l'approvazione dell'interessato e che l'assenso deve essere consapevole, cioè deve essere preceduto da tutti gli idonei chiarimenti riguardo alle caratteristiche, ai rischi e alle finalità di un intervento. E la Corte di Cassazione, già con la sentenza n.364 del 15.01.1997 aveva sancito che *“l'obbligo di informazione si estende, inoltre, ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente, con l'ausilio tecnico-scientifico del sanitario, possa determinarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e dei corrispondenti vantaggi”* nell'ottica dei principi generali dell'ordinamento: per cui le alternative dei trattamenti che si vanno a prospettare devono essere di pari dignità scientifica, in modo da essere di valido e coscienzioso supporto alla consapevole scelta effettuata dal paziente

È pertanto fondamentale l'autodeterminazione del soggetto; ricordiamo in tale ottica la sentenza della Corte Costituzionale n. 151 del 2010, che evidenzia come nell'ambito della relazione terapeutica, il potere decisionale della persona prevale su quello del medico.

Il consenso informato, per essere tale, deve corrispondere alle seguenti caratteristiche:

- **personale:** manifestato direttamente dal soggetto per il quale è previsto il trattamento medico, ad eccezione dei casi di incapacità, riguardanti i minori e gli infermi di mente;
- **libero:** non condizionato o influenzato da pressioni psicologiche di altri



soggetti;

- **esplicito:** determinato in modo chiaro ed univoco;
- **consapevole:** formato solo dopo che il paziente ha ricevuto tutte le informazioni necessarie ed adeguate per sviluppare una decisione;
- **specifico:** non si può avere un consenso generico al trattamento, ma deve essere indirizzato a delucidare in merito ai rischi di una determinata terapia, ad eventuali complicanze tipiche e conseguenze della stessa terapia e finalizzato ad una specifica e precisa cura. Nel caso in cui ci si trova di fronte ad un trattamento particolarmente complesso, l'approvazione del paziente deve interessarlo nella sua interezza. In occasione di situazioni particolarmente problematiche come quelle relative ad un intervento chirurgico in cui si deve operare senza che ci sia ad esempio la certezza assoluta sul grado di espansione ed invasione di una neoplasia, si ricorre al consenso allargato, rendendo edotto il paziente della situazione contingente il più ampiamente possibile;
- **attuale:** ed infatti il consenso è comunque revocabile in ogni momento prima dell'esecuzione dell'intervento o del particolare trattamento sanitario.
- **obbligatorio:** è sempre indispensabile. Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato in ambito medico sono:
 - a) i casi in cui la persona malata abbia espresso esplicitamente la volontà di non essere informata;
 - b) le situazioni di urgenza, quando le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato e tempestivo intervento. In tali circostanze si parla di "consenso presunto";
 - c) le ipotesi in cui il paziente si sottopone alle cure di routine. In questo caso si parla di "consenso implicito";
 - d) i casi nei quali le indagini diagnostiche antecedenti all'intervento non consentono al chirurgo di avere una previsione definitiva e certa dell'intervento. In tali situazioni si parla di "consenso allargato";
 - e) i trattamenti sanitari obbligatori, noti come TSO.Il consenso deve essere fornito, in primis dal diretto interessato, ma se questi non è in grado di poterlo prestare, lo farà il soggetto da lui

delegato a ciò in maniera specifica. Nel caso in cui si tratti di persone minorenni competerà ai genitori o a quello dei due che eserciti la responsabilità genitoriale; nel caso di soggetti per i quali è stata aperta una amministrazione di sostegno competerà all'amministratore di sostegno, mentre per i soggetti interdetti spetterà al loro tutore.

In base ad una recentissima sentenza della Cassazione, la n. 10423 del 15.04.2019 il diritto al consenso informato del paziente, in quanto diritto irrettabile della persona, va comunque e sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza tali da porre in gravissimo pericolo la vita della persona ovvero si tratti di trattamento sanitario obbligatorio. In caso contrario si avrà la lesione del diritto ad autodeterminarsi del paziente.

La legge 219 /2017

È la prima legge che in Italia regolamenta in maniera analitica gli aspetti procedurali del consenso informato medico, definendolo come il procedimento mediante il quale il paziente decide in maniera consapevole, libera e autonoma dopo che gli sono state prospettate una serie specifica di informazioni, rese a lui comprensibili da parte del medico o dell'equipe medica, se iniziare o proseguire un determinato trattamento sanitario.

Tale normativa individua le due componenti del consenso informato, rispettivamente, nelle informazioni e nel processo con cui queste sono rese comprensibili e utili al paziente, stabilendo che le informazioni devono essere fornite dall'equipe medica della struttura sanitaria, obbligata quest'ultima, ai sensi dell'art. 1 comma 9 della sopracitata legge, a che venga prestata idonea e completa informazione di consenso informato.

In base alle legge 219/17 le notizie che il paziente deve comprendere e conoscere analiticamente riguardano principalmente la diagnosi, la prognosi, i benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché i benefici e i rischi delle possibili alternative agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti sanitari indicati.

Ai sensi dell'art. 1 della legge 219/17 è obbligo del medico e/o dell'equipe sanitaria rendere comprensibili le informazioni al paziente in modo che siano utili per poter esprimere la propria decisione in maniera autonoma e consapevole. In tal modo si stabilisce un rapporto fiduciario tra il paziente ed il medico



e si crea un appropriato coinvolgimento della persona nel suo percorso terapeutico, diventando così a tutti gli effetti soggetto attivo.

La persona ha diritto di essere informata ma non ne ha l'obbligo. La legge prevede infatti la possibilità che il paziente deleghi persone di propria fiducia a ricevere le informazioni e ad esprimere il consenso in sua vece. Ma si rileva comunque che il rifiuto all'informazione non può essere desunto paternalisticamente nell'interesse del paziente, ma occorre che sia un rifiuto esplicito, che deve essere annotato in cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico e, in generale, su tutta la documentazione sanitaria, come stabilito dalla legge 24/17. La legge 219 /17 prevede che:

“Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico”.

Da tale norma si evince che non sussiste un obbligo tout court di forma scritta per ogni tipo di consenso, che, comunque rimane inquadrato nell'ambito dei negozi giuridici, per i quali, per la normativa vigente, sussiste la libertà della forma, fatti salvi specifici casi in cui la forma scritta venga richiesta per legge. Nel caso di consenso informato - oltre a quando previsto dalla legge - è appropriato utilizzare la forma scritta - come recita il codice deontologico dei medici - anche in tutti i casi *“prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica del paziente”*. Il quinto comma della legge in esame stabilisce il diritto della persona a rifiutare *“qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario”*; in tal caso il medico e/o l'equipe sanitaria *“è tenuto a rispettare le volontà espresse dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità penale”*. Orbene mentre il rispetto della volontà della persona solleva da responsabilità penale, la sua violazione lo espone a responsabilità. Sempre in merito alla inosservanza della volontà del paziente si rammenta che le recenti polizze per la responsabilità professionale medica contengono clausole di non copertura assicurativa per quel tipo di responsabilità per danni derivante da *“assenza del consenso informato”*.

Con paziente minore di età

Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente che ci sia il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore ai sensi dell'art. 320 c.c. Negli altri casi necessita il consenso esplicito di entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale o comunque di quello solo che la eserciti in caso di decadenza da parte dell'altro genitore.

Nel caso di genitori separati o divorziati o non conviventi, in base al principio che le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo è necessario il consenso di entrambe le figure genitoriali.

Se succede che uno dei due genitori è assente trovandosi lontano, magari in un paese straniero e non raggiungibile immediatamente, si può prescindere dal suo consenso in relazione all'urgenza dell'atto sanitario. In tali casi comunque necessita la prova che l'altro genitore sia effettivamente lontano, impedito e perciò non possa prestare il consenso. Ove tale prova manchi, occorre un provvedimento giudiziario che sostituisca il consenso mancante dell'altro genitore. Spesso, al fine di semplificare e snellire tale fase, la struttura sanitaria richiede al genitore presente di compilare e sottoscrivere sotto la sua responsabilità un'autocertificazione, attestante la condizione di lontananza e impedimento dell'altro genitore, che deve essere conservata insieme al modulo di consenso. Nel caso invece di disaccordo tra genitori la decisione è rimessa al giudice e il medico non potrà quindi iniziare il trattamento sanitario tranne nel caso in cui ricorra lo stato di necessità ex art. 54 c.p.

Quando si oppongono entrambi i genitori ad un determinato intervento sanitario, il medico, qualora valuti indispensabile l'atto sanitario per il minore, deve procedere a segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni, perché presenti ricorso al Tribunale per i minorenni per un provvedimento, che precluda ai genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale limitatamente a quel determinato atto sanitario e pertanto lo autorizzi anche a prescindere dal loro consenso.

Quando il minore abbia una sufficiente capacità di discernimento il medico deve ricercare con le accortezze del caso l'assenso alle terapie anche da par-



te sua. L'ascolto medico deve essere anticipato da un'attività di informazione, che va data con delicatezza in forma adeguata all'età; tali atti dovranno essere riportati nella cartella clinica.

In caso di dissenso del minore rispetto alla proposta diagnostico-terapeutica, nonostante l'assenso dei genitori, occorre prendere in considerazione l'opinione del minore in funzione del suo grado di maturità ai sensi dell'art. 6 della Convenzione di Oviedo, valutare la necessità o differibilità del trattamento, considerare tale dissenso come ostativo all'esecuzione del trattamento allorché siano possibili altri interventi alternativi.

La legge 219/17 all'art. 3 contempla in modo adeguato le modalità per attuare un diritto alla ottimizzazione del grado di capacità di comprensione e di decisione del minore, disponendo che deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messo nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

Attività dello psicologo

In base agli articoli 9, 24 e 31 del codice deontologico degli psicologi il professionista – a tutti gli effetti esercente attività sanitaria – deve informare il paziente sul proprio ruolo, le sue competenze, i rischi e i disagi che il paziente può subire durante la prestazione, i benefici che può ottenerne, le alternative al trattamento presentato e la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento. Nell'ambito del consenso informato lo psicologo deve avvisare il paziente delle prestazioni proposte, della modalità della loro esecuzione, delle loro finalità, del trattamento del materiale acquisito durante il rapporto professionale, della durata dell'intervento, del grado e dei limiti giuridici della riservatezza.

In particolare l'art. 9 dispone che nella sua attività di ricerca il professionista *“è tenuto ad informare adeguatamente i soggetti in essa coinvolti al fine di ottenerne il previo consenso informato, anche relativamente al nome, allo status scientifico e professionale del ricercatore ed alla sua eventuale istituzione di appartenenza. Egli deve altresì garantire a tali soggetti la piena libertà di concedere, di rifiutare ovvero di ritirare il consenso stesso.”*

Poi l'articolo 24 del codice deontologico stabilisce che lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, deve fornire tutte quelle informazioni che servono a spiegare quali saranno le sue prestazioni, le finalità e le modalità del-

le stesse. Se poi si tratta di prestazione professionale tipicizzata da continuità nel tempo, dovrà esserne indicata possibilmente la durata prevista.

L'art. 31 riguarda le prestazioni relative a soggetti minorenni, rilevando che in tali ipotesi è indispensabile il consenso di chi esercita sugli stessi la responsabilità genitoriale o la tutela. Dispone ancora che *“Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte”*.

Nell'ambito dell'attività psicologica, proprio per la sua peculiarità, la mera sottoscrizione di un modulo non significa che il paziente risulti adeguatamente informato, atteso che determinate scelte tecniche di intervento possono non essere ipotizzabili già nella fase iniziale del rapporto, ma occorre più tempo, in quanto in tale ambito il consenso informato diventa un *modus operandi* attraverso il quale il professionista nel tempo, in maniera continuativa, garantisce al proprio paziente, dopo averlo informato adeguatamente, di condividere il suo lavoro in piena consapevolezza e libertà. In tal modo il consenso informato diventa qualcosa che trascende il semplice atto scritto per diventare una modalità in itinere che assicura che il paziente prenda concretamente decisioni informate e consapevoli sul trattamento da seguire lungo tutto il suo percorso, potendo così acconsentire o rifiutare una determinata terapia, in piena coscienza e liberamente.

Responsabilità civile per mancanza di idoneo consenso informato

Il consenso informato rappresenta il presupposto di legittimità dell'attività medica, pertanto l'intervento eseguito senza consenso, non è legittimo. Orbene nel caso in cui l'informativa manca del tutto oppure non è stata completa, ovvero quando il paziente non è stato reso edotto del fatto che quel determinato intervento o trattamento può provocare una complicanza che poi effettivamente si verifica, viene violato il diritto fondamentale all'autodeterminazione. Ed infatti in tali casi non sussiste l'acquisizione da parte del sanitario del consenso informato del paziente. Da ciò ne consegue un danno-conseguenza risarcibile in via autonoma ed indipendentemente dal patimento di un danno alla salu-



te o dalla correttezza dell'intervento chirurgico, perché in tali casi il danno è costituito dalla contrazione della libertà di disporre di sé. La giurisprudenza configura un vero e proprio diritto ad essere informati correttamente, e la lesione di tale diritto è un danno autonomamente risarcibile, anche quando non vi sia stata nessuna lesione per la salute. Ed infatti molte sentenze sostengono che non ha alcuna rilevanza, per la sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, se il trattamento sia stato eseguito in maniera corretta o meno. Su tale argomento è interessante la sentenza del Tribunale di Napoli n. 8156 del 24 settembre 2018. Nel caso in esame il tribunale, una volta accertata il mancato conseguimento del consenso informato, si è fermato sull'individuazione dei danni risarcibili ed ha escluso il risarcimento del danno alla salute, poiché l'intervento era stato eseguito in maniera corretta e non era stata fornita da parte attrice nessuna prova, nemmeno per presunzioni, che, ove fosse stata adeguatamente informata, non vi si sarebbe sottoposta.

Il giudicante ha però ritenuto risarcibile il pregiudizio causato dalla lesione del diritto all'autodeterminazione derivante dalla violazione dell'obbligo, incombente sul sanitario, di acquisizione del consenso informato, quale danno conseguenza caratterizzato dalla sofferenza e dalla privazione della libertà di disporre di sé, autonomamente risarcibile e che non richiede una prova specifica, fermo restando la possibilità di contestazione da parte avversa e di allegazione da parte del paziente di fatti ancora più favorevoli ai fini prettamente risarcitori.

Da citare ancora una pronuncia della Corte di Cassazione, l'ordinanza n.31234/2018, con la quale si dispone che il risarcimento del danno al paziente non adeguatamente informato delle conseguenze di un intervento ben riuscito spetta solo se costui fornisce una prova certa su una sua diversa scelta terapeutica; ed infatti chi *“richiede il risarcimento del danno da lesione della salute, determinato dalle non imprevedibili conseguenze di un atto terapeutico, necessario e correttamente eseguito secundum legem artis, deve allegare e dimostrare che egli avrebbe rifiutato quel determinato intervento se fosse stato adeguatamente informato”*.

E ribadisce la Cassazione che la mancanza di consenso assume rilevanza ai fini risarcitori quando si ravvisano conseguenze pregiudizievoli derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in sé, a prescindere

dalla lesione incolpevole della salute del paziente. Tale diritto fondamentale, da tenere distinto e separato da quello alla salute, già in base alla sentenza della Corte Costituzionale n. 438 /2008, raffigura una doverosa manifestazione di rispetto verso la libertà dell'individuo quale soggetto di diritti, atto a perseguire la tutela dell'interesse del paziente ad una compiuta ed esaustiva informazione che si traduce nell'indicazione delle prevedibili conseguenze del trattamento sanitario, delle possibilità del verificarsi di aggravamenti delle condizioni della salute, dei tempi, in termini di sofferenza e impegni da affrontare, del percorso post-operatorio e riabilitativo.

Ancora con la sentenza della terza sezione civile della Cassazione n. 10608 del 2018 si ribadisce la rilevanza autonoma ai fini di un'eventuale responsabilità risarcitoria, della violazione da parte del personale sanitario del dovere di informare preventivamente e chiaramente il paziente. La Suprema Corte stabilisce che dalla violazione del dovere del medico di informare preventivamente e in maniera corretta il paziente, possono scaturire due diverse tipologie di danni:

- 1) un danno alla salute, nel caso in cui il paziente – onerato del relativo riscontro probatorio –, se adeguatamente informato, non si sarebbe sottoposta all'intervento e pertanto non ne avrebbe subito le conseguenze invalidanti;
- 2) un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione, che si configura *“se, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale oppure non patrimoniale (ed, in tale ultimo caso, di apprezzabile gravità), diverso dalla lesione del diritto alla salute”*. *Tale ultimo tipo di danno, trova la sua giustificazione nella “legittima pretesa, per il paziente, di conoscere con la necessaria e ragionevole precisione le conseguenze probabili (non anche quelle assolutamente eccezionali ed altamente improbabili) dell'intervento medico, onde prepararsi ad affrontarle con maggiore e migliore consapevolezza”*.

Quando l'intervento sia stato eseguito in maniera corretta e diligente e non abbia provocato alcun danno alla salute, la lesione del diritto all'autodeterminazione potrà essere risarcita in via puramente equitativa *“tutte le volte che, e solo se, il paziente abbia subito le inaspettate conseguenze dell'intervento senza la necessaria e consapevole predisposizione ad affrontarle e ad accettarle, trovan-*



dosi invece del tutto impreparato di fronte ad esse”.

Presupposto per la risarcibilità di tale danno non patrimoniale è che esso presenti i caratteri della gravità secondo i criteri fatti propri dalle Sezioni Unite nelle sentenze n. 26972 e 26975 dell'11.11.2008, ovvero che superi la soglia di un determinato livello minimo di tollerabilità da valutarsi secondo il parametro della coscienza sociale in un determinato momento storico. Il paziente sarà sempre tenuto a provare il pregiudizio patito, anche mediante presunzioni, *“fondate, in un rapporto di proporzionalità inversa, sulla gravità delle condizioni di salute del paziente e sul grado di necessità dell'operazione”.*

La sentenza della Cassazione n. 26728 del 24 ottobre del 2018 ha affermato che in tema di omessa acquisizione del consenso informato del paziente la responsabilità risarcitoria per la mancata informazione non riguarda solo il capo dell'equipe medica che ha eseguito l'intervento, ma anche l'aiuto-chirurgo che ha consigliato l'operazione chirurgica.

Una recentissima pronuncia della Cassazione, la sentenza n. 10423 dell'11.04.2019 dispone che il consenso informato *“è talmente inderogabile che non assume alcuna rilevanza, al fine di escluderlo, il fatto che l'intervento «absque pactis» sia stato effettuato in modo tecnicamente corretto, per la semplice ragione che, a causa del totale «deficit» di informazione, il paziente non è posto in condizione di assentire al trattamento, consumandosi nei suoi confronti, comunque, una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza fisica e/o psichica”.* Tale sentenza ha precisato che è molto diverso il caso in cui il paziente si dolga del mancato riconoscimento di un danno alla salute, riconducibile all'assenza di adeguata informazione all'intervento o trattamento, da quello in cui si lamenti direttamente del pregiudizio prodotto da detta condotta omissiva, per l'esclusivo fatto della lesione del suo diritto ad autodeterminarsi.

Conforme a tale pronuncia era stata anche una precedente sentenza della terza sezione civile della Cassazione, la n. 16543 del 28 luglio del 2011, che aveva disposto che *“il diritto al consenso informato, in quanto diritto irrinunciabile della persona va comunque sempre rispettato dal sanitario, a meno che non ricorrano casi di urgenza, rinvenuti, a seguito di un intervento concordato e programmato e per il quale sia stato richiesto e sia stato ottenuto il consenso, che pongano in gravissimo pericolo la vita della persona, bene che riceve e si correda*

di una tutela primaria nella scala dei valori giuridici a fondamento dell'ordine giuridico e del valore civile, o si tratti di un trattamento sanitario obbligatorio”. E sottolineano gli Ermellini che tale tipo di consenso è così inderogabile per il paziente che nemmeno il fatto che l'intervento sia stato effettuato in maniera ineccepibile può escluderlo in quanto comunque si consuma *“una lesione di quella dignità che connota nei momenti cruciali la sua esistenza”.*

E sempre aderente a tale indirizzo è l'ordinanza della sesta sezione civile della Corte di Cassazione n. 6449 del 6 marzo 2019, secondo la quale se manca il consenso informato, i sanitari sono tenuti a risarcire il paziente delle conseguenze dannose derivate da un intervento anche se questo è stato correttamente eseguito e la correttezza accertata in giudizio.

C'è ancora da precisare che per quanto riguarda il consenso informato in tema di attività medico-chirurgica, il medico viene meno all'obbligo di fornire una legittima ed esaustiva informazione al paziente, al fine di acquisirne un valido consenso, non solo quando omette del tutto di esporgli la natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo, ma anche quando ne acquisisca il consenso con modalità improprie; ne scaturisce che non può ritenersi validamente prestato il consenso espresso oralmente dal paziente.

Secondo la Corte di Cassazione, in particolare con la sentenza n.7248 /2018, nell'ambito dell'attività medico-chirurgica, il consenso informato deve basarsi su informazioni particolareggiate, idonee a fornire la giusta conoscenza della natura, portata ed estensione dell'intervento medico-chirurgico, dei suoi rischi, dei risultati ottenibili e delle possibili conseguenze negative, non essendo pertanto idonea la sottoscrizione, da parte del paziente, di un modulo del tutto generico, dovendosi le modalità dell'informazione adattarsi al suo livello culturale mediante un linguaggio a lui accessibile, secondo il suo stato soggettivo ed il grado delle conoscenze specifiche di cui dispone.

Responsabilità penale da assenza di consenso informato del paziente

Ci si domanda se un trattamento sanitario, sprovvisto del dovuto consenso informato, possa comportare per il medico/sanitario in questione delle responsabilità penali. Orbene secondo la sentenza della Corte di Cassazione a S.U. del 18 dicembre 2008, n. 2437 *“Ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato*



consenso informato e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle leges artis, sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso sia derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento anche alle eventuali alternative apprezzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo delle lesioni personali quanto sotto quello della violenza privata". Certamente invece sussiste la responsabilità penale qualora, in assenza di consenso informato, l'intervento non è stato eseguito correttamente e derivano conseguenze negative alla salute del paziente.

Facendo un excursus storico in tema si ricorda che la prima importante pronuncia della Suprema Corte su tale materia si è avuta nel lontano 1992 e riguardava il caso "Massimo"; in tale circostanza la quinta sezione penale della Suprema Corte confermò la condanna del chirurgo Massimo, pronunciata dai giudici di merito, per il reato di omicidio preterintenzionale, per aver il medico proceduto all'asportazione totale addominoperineale del retto di un'anziana paziente, in seguito deceduta per complicanze legate al trattamento eseguito, benché la paziente avesse prestato il proprio consenso solo all'esecuzione di un meno invasivo intervento.

Successivamente, la sentenza della quarta sezione penale della Suprema Corte n. 28132/2001 riguardava il caso di un ginecologo che, ottenuto dalla paziente il consenso all'asportazione chirurgica di una cisti ovarica, nel corso dell'intervento, riscontrando la presenza di una massa tumorale, decideva di procedere all'asportazione di tale massa e dell'intero utero in assenza di consenso della paziente, che poi moriva in conseguenza di complicanze legate all'intervento. Il chirurgo questa volta non viene condannato però per omicidio preterintenzionale, ma per omicidio colposo, avendo eseguito l'intervento in maniera imperita. La Cassazione fa rilevare che quando il medico ha eseguito l'intervento non ha agito con la volontà di provocare una lesione alla paziente e pertanto la conseguente morte non voluta della paziente può essergli imputata solo a titolo di omicidio colposo e non preterintenzionale.

Dopo la citata pronuncia a sezioni unite del 2008, degna di nota è la sentenza della Suprema Corte n. 21799 del 2010, che riguarda il caso di un medico che aveva eseguito un intervento agli occhi del proprio paziente con la tecnica PRK, intervento dal quale era però derivato un indebolimento permanente

della vista dell'uomo. Nel corso del giudizio di merito, era stato accertato che il paziente aveva prestato il consenso all'effettuazione dell'intervento con la tecnica Lasik e aveva invece opposto un netto rifiuto alla proposta del medico di procedere con la tecnica PRK. Il Gup, a seguito di giudizio abbreviato, derubricava il fatto a lesioni colpose, ravvisando la colpa in una serie di omissioni colpevoli da parte dello specialista ed, in particolare, nella mancata esecuzione di una serie di esami preoperatori, rilevandone l'intervenuta prescrizione. Avverso tale sentenza il PM ricorreva direttamente in Cassazione, la quale rilevava la diversità di tale caso da quello affrontato dalle Sezioni Unite del 2008, trovandosi in presenza di un trattamento con esito infausto. Ma la Corte evidenziava che le tematiche da affrontare erano le medesime: da una parte, se sia da riconoscere rilevanza penale all'atto terapeutico eseguito in assenza del consenso del paziente e, dall'altro, quale definizione dare al concetto di malattia rilevante ai fini dell'applicazione del delitto di lesioni personali. Anche nel caso di specie la Suprema Corte identifica nel consenso del paziente l'indispensabile presupposto di legittimità del trattamento e che *"si deve ritenere insuperabile l'espresso, libero e consapevole rifiuto eventualmente manifestato dal paziente, ancorché l'omissione dell'intervento possa cagionare un pericolo di un aggravamento dello stato di salute dell'infermo e perfino la sua morte. In tal caso, qualora l'esito dell'intervento, effettuato con il dissenso del paziente anche limitatamente alle modalità esecutive, sia risultato 'infausto', le conseguenze penali sono quelle del reato di lesioni personali ex art. 582 c.p."*. Ed ancora la Suprema Corte afferma che l'aver omesso il medico i necessari esami preoperatori e l'aver acquisito il consenso per un trattamento (Lasik) che sapeva non poter essere effettuato non disponendo la clinica dell'attrezzatura necessaria sono manifestazioni di una "condotta talmente anomala da esorbitare di gran lunga dai canoni della mera imprudenza, imperizia e negligenza". Pertanto, in conformità alla precedente sentenza a sezioni unite sostiene che: *"la condotta del medico che intervenga con esito infausto su paziente che abbia espresso il dissenso nei confronti del tipo d'intervento chirurgico rappresentatogli deve essere qualificata come dolosa e non come colposa"*, facendo rilevare profili propri del dolo eventuale.

Secondo una sentenza della Cassazione del 2018, la n.31628, l'urgenza esclude l'obbligo di consenso informato e quindi ogni responsabilità penale del



sanitario, in quanto salvare la vita di un paziente prevale su tutto il resto e il medico ha l'obbligo di procedere alle cure necessarie, approntando i presidi e i trattamenti per prevenire conseguenze pericolose o letali.

Sempre in tema di consenso informato è interessante la recentissima sentenza della Corte di Cassazione, terza sezione penale, n.18864 del 6 maggio 2019, secondo la quale il medico, nell'esercizio di attività diagnostica o terapeutica, può lecitamente compiere atti incidenti sulla sfera della libertà sessuale di un paziente solo se abbia acquisito un consenso esplicito ed informato dallo stesso, o se sussistano i presupposti dello stato di necessità, e, inoltre, deve comunque immediatamente fermarsi in caso di dissenso del paziente. Ne consegue che, in mancanza di tali presupposti, il medico risponde del delitto di cui all'art. 609-bis c.p. anche se la sua condotta non sia specificamente finalizzata al soddisfacimento del suo piacere sessuale.

Secondo la Suprema Corte ai fini dell'integrazione dell'elemento soggettivo del reato di violenza sessuale non è indispensabile che la condotta sia specificamente finalizzata al soddisfacimento del piacere sessuale dell'agente, essendo sufficiente che questi sia consapevole della natura oggettivamente "sessuale" dell'atto posto in essere volontariamente, ossia della sua idoneità a soddisfare il piacere sessuale o a suscitare lo stimolo, a prescindere dallo scopo perseguito. È poi una problematica diversa quella concernente i limiti alla necessità del consenso per la liceità del compimento di atti invasivi della libertà sessuale di una persona nello svolgimento di attività medica. In linea generale nella giurisprudenza penale di legittimità si è sostenuto diverse volte che deve essere esclusa la possibilità di accertamenti e trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questi è in grado di prestare il suo consenso e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità, in forza di quanto previsto dagli artt. 32 e 13 della Costituzione e della L. n. 833 del 1978, art. 33. Infatti al medico non è ascrivibile un generale diritto a curare a prescindere dalla volontà dell'ammalato, salvo il caso di sussistenza delle condizioni dello stato di necessità, perché la legittimità di per sé dell'attività medica reclama per la sua validità e concreta liceità la manifestazione del consenso del paziente, che costituisce un presupposto indispensabile e prodromico al trattamento medico chirurgico. Infatti, il consenso informato ha una funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se

è vero che ogni soggetto ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative e tali informazioni devono essere le più complete ed esaustive possibili, al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente al comma 2 dell'articolo 32 della Costituzione. Pertanto, deve ritenersi esclusa la possibilità di accertamenti e trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questi è in grado di prestare il suo consenso e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità. Nella fattispecie in esame le modalità con cui l'imputato ha proceduto, vale a dire, contatto con la zona erogena eseguito in maniera repentina, senza la dovuta preparazione ed il preventivo consenso, anche solo implicito, tenuto conto del particolare contesto avulso dalla richiesta di una consulenza sessuale, potrebbero aver costretto la paziente a subire un atto che ha inciso sulla libertà di autodeterminazione sessuale con conseguente configurabilità del reato di violenza sessuale.

Degna di nota è la sentenza del Tribunale di Termini Imerese del 30.05.2018 n. 465 che fa rilevare come *"il consenso informato ha come contenuto concreto la facoltà, non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche eventualmente di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche quella terminale"* e pertanto *"il criterio di disciplina della relazione medico-malato è quello della libera disponibilità del bene salute da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, secondo una totale autonomia di scelte, che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve sempre essere rispettata dal sanitario"* (Cass. Pen. Sez. IV, n. 37077 del 24.6.2008, rv. 240977)

. Pertanto – recita la sentenza – viene riconosciuto al paziente un vero e proprio diritto di non curarsi, anche se tale condotta lo esponga al rischio stesso della vita. Da ciò ne deriva che in caso di consenso informato nella trasfusione di sangue, non può non rilevarsi la peculiarità della fattispecie in cui sia il testimone di Geova, maggiorenne e pienamente capace, a negare il consenso alla terapia trasfusionale, essendo in tale circostanza il medico obbligato a desistere da tale terapia atteso che nel caso concreto la paziente, cosciente, lucida e nel pieno delle sue capacità, aveva manifestato il suo espresso e totale rifiuto ad



essere sottoposta alla terapia trasfusionale. Ma invece il medico, nonostante l'acquisito dissenso dalla paziente, nonostante nemmeno la stessa si trovasse in imminente pericolo di vita, faceva effettuare l'emotrasfusione; per tale motivo veniva pertanto condannato per il reato di cui all'art. 610 c.p. Ed infatti nel delitto di violenza privata viene tutelata la libertà morale dell'individuo; nel caso in esame la violenza si era sostanziata *“nell’inserimento dell’ago nel corpo della paziente, dopo aver ricercato idoneo accesso venoso e apposto il laccio emostatico sul braccio della paziente, manovre tutte funzionali a fare tollerare alla stessa l'emotrasfusione, ossia il trattamento sanitario che la paziente aveva validamente e lucidamente rifiutato”*.

II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Proposta modifica art. 31
Codice Deontologico
Psicologi Italiani
di Marco Pingitore
e Gustavo Sergio

Alla luce di due importanti testi di legge, introdotti recentemente, riguardanti l'uno il c.d. “biotestamento”², l'altro il c.d. “DDL Lorenzin”, l'attuale articolo 31 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani appare improvvisamente inadatto ad indicare il comportamento professionale da adottare nei casi in cui fossero coinvolte persone minorenni.

L'articolo 31 vigente recita:

“Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.”

Criticità

1. Prestazioni professionali

Questo è uno dei punti maggiormente spinosi dell'intero articolo. Si parla di “prestazioni professionali” lasciando intendere qualsiasi attività svolta dallo Psicologo con persone di minore età o interdette. Ciò significa che lo Psicologo debba acquisire preventivamente il “consenso” (*rectius* “consenso informato”) sempre e comunque, ad esempio, anche nel caso in cui dovesse svolgere

² Legge 22 dicembre 2017, n. 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”



una semplice attività di “orientamento scolastico”, soggetta ad IVA poiché non inquadrabile come prestazione sanitaria, seppur tale prestazione non integri certamente una compressione della libertà di autodeterminazione del soggetto passivo.

La recente approvazione del “Ddl Lorenzin”³ pone fine giustamente ad una vecchia querelle: lo Psicologo entra definitivamente a far parte delle professioni sanitarie per cui non è più possibile riferirsi a generiche “prestazioni professionali” in capo a persone minorenni/interdette bensì a “prestazioni sanitarie”. Tuttavia, nonostante la sostituzione con il termine “sanitario”, l’art. 31 apparirebbe ancora non rispettoso della dignità e dei diritti della persona da assistere poiché lascerebbe ristretta la volontà della persona da considerare solo come soggetto passivo, non in grado di esprimere neppure una sua opinione sulla “prestazione sanitaria” a cui potrebbe essere sottoposto, ignorando del tutto la sua volontà.

Una recente sentenza della Cassazione offre un orientamento chiaro ed inequivocabile in tema di intervento in ambito sanitario: *“il presupposto indefettibile di ogni trattamento sanitario risiede nella scelta, libera e consapevole – salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere – della persona che a quel trattamento si sottopone, considerando la persona soggetto attivo e partecipe dei processi decisionali che lo riguardano per l’attuazione del diritto alla salute”*⁴.

Il principio appena esposto, condiviso dalla giurisprudenza di legittimità, pone la persona, minore o interdetta che sia, in una posizione centrale piuttosto che periferica nel processo decisionale. Pertanto, l’attuale articolo 31 non permetterebbe allo Psicologo di accedere alla persona (“prestazione professionale”) se non con un preventivo “consenso” da parte di soggetti terzi, mentre per garantire un effettivo diritto alla salute lo Psicologo dovrebbe poter incontrare almeno una volta la persona minorenne/interdetta così da fornirle tutte le informazioni e chiarimenti sull’eventuale “trattamento sanitario” da intraprendere, riuscendo ad acquisire, direttamente dall’interessato, il consenso o dissenso informato.

³ Approvato il 22 dicembre 2017

⁴ Cassazione Penale, sez. 5, sentenza n. 16678/16 – Pres. Fumo, Rel. Settembre



Articolo 31 C.D.	Prestazione professionale	Trattamento sanitario
Comportamento da adottare	Lo Psicologo non può vedere la persona se non prima di aver acquisito il “consenso” da chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela.	Lo Psicologo può incontrare il minore con il solo fine di acquisire il suo consenso/dissenso informato all’eventuale trattamento sanitario.

Sostituendo l’espressione “prestazione sanitaria” con “trattamento sanitario” non solo lo Psicologo verrebbe svincolato dal preventivo “consenso” indiretto del minore, ma si chiarirebbe, una volta per tutte, che il “consenso informato” è strettamente collegato e vincolante ad un ipotetico e futuro trattamento di natura sanitaria e non ad una generica “prestazione professionale”.

2. Consenso

Questa espressione dovrebbe essere integrata con “informato” poiché il solo termine “consenso” richiama ad una generica sorta di autorizzazione senza una preventiva informazione sul trattamento sanitario da eseguire. In ambito sanitario si parla di “consenso informato”.

3. Potestà genitoriale

In seguito al Decreto Legislativo n. 154/13, l’espressione “potestà genitoriale” cede il posto a “responsabilità genitoriale” per cui si passa dalla concezione del genitore che esercita il potere (potestà) sulla prole a quella del genitore “responsabile” in relazione ai diritti del figlio minorenne per la prima volta riconosciuti nel Codice civile (art. 315-bis), ponendo così al centro dell’attenzione il figlio e introducendo la nuova disciplina dell’ascolto del minore.

4. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l’intervento professionale nonché l’assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l’Autorità Tutoria dell’instaurarsi della relazione professionale

Questo comma appare contenere ulteriori criticità che non considerano minimamente la volontà e la libertà individuale della persona sottoposta al pur generico “intervento professionale”. Inoltre, qualora lo Psicologo avviasse un

intervento sanitario sulla persona in assenza di un consenso informato da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela, correrebbe il rischio di un successivo diniego da parte del Giudice Tutelare alla “relazione professionale” già instaurata che potrebbe comportare una sua responsabilità professionale di natura sanitaria.

5. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte

Sono i casi in cui lo Psicologo non è tenuto ad acquisire preventivamente il consenso informato, ad esempio, all'interno dei contesti peritali, in ambito civile e penale, nella presa in carico psicologica della persona minorennе/interdetta su ordine dell'Autorità Giudiziaria oppure nei casi di tutela sociale della maternità e di interruzione volontaria della gravidanza⁵ e di accesso al servizio pubblico per le tossicodipendenze o ad una struttura privata⁶.

Appare pacifico ritenere questo comma quanto meno superfluo e ridondante, rispetto al dettato costituzionale che qualifica la salute come “fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività” (art. 32).

Proposta

Alla luce di tutte le osservazioni effettuate finora, sembrano maturi i tempi per modificare integralmente l'attuale art. 31, aggiornandolo ai più recenti principi che richiamano, tra l'altro, gli artt. 2, 13, 32 della Costituzione italiana.

Di seguito la proposta di modifica:

Il consenso informato al trattamento sanitario della persona di minore età o interdetta è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà della persona, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità. Questa ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di discernimento, e deve ricevere informazioni adeguate sulle scelte relative alla propria salute. Lo psicologo segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale a un trattamento sanitario ritenuto necessario.

⁵ Legge 194/78, art. 2

⁶ Legge 309/90, art. 120

Il testo ispiratore è principalmente la recente legge sul biotestamento laddove viene sancito che “Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”.

Si introdurrebbe, così, una sostanziale modifica alla vigente e restrittiva normativa, ponendo al centro del processo decisionale la persona minorennе/interdetta valorizzando la sua capacità di discernimento. Appare pacifico e implicito che tener conto della volontà della persona minorennе/interdetta non significa necessariamente attribuirle la facoltà di decidere se e come intraprendere un trattamento sanitario, ma prevedere un suo coinvolgimento attivo in tutte le fasi del processo decisionale che porta lo Psicologo, insieme a chi esercita la responsabilità genitoriale o tutore, a rispettare il diritto alla valorizzazione dell'opinione della persona interessata al trattamento sanitario. Nei casi in cui lo Psicologo dovesse acquisire il dissenso da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o dal destinatario “informato e consapevole”, segnalerà la situazione di impedimento al Giudice Tutelare che determinerà come procedere. In sintesi, l'ultimo comma potrebbe prevedere due possibilità:

Lo psicologo segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale a un trattamento sanitario ritenuto necessario.

<p>Consenso Esercenti Responsabilità Genitoriale</p> <p style="text-align: right;">Dissenso Persona Minorenne</p>	<p>Lo Psicologo segnala al Giudice Tutelare il dissenso della persona minorennе, non intraprendendo il trattamento sanitario e attendendo le determinazioni dell'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>Dissenso Esercenti Responsabilità Genitoriale</p> <p style="text-align: right;">Consenso Persona Minorenne</p>	<p>Lo Psicologo segnala al Giudice Tutelare il dissenso da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale, non intraprendendo il trattamento sanitario e attendendo le determinazioni dell'Autorità Giudiziaria.</p>



Ogni trattamento sanitario dunque dovrebbe prevedere l'acquisizione di un consenso/dissenso informato da parte del destinatario e, in caso di dissenso, segnalare il caso al Giudice Tutelare con lo scopo ulteriore di tutelare lo Psicologo, da eventuali responsabilità professionali, nei casi di interventi coatti e necessari.

Conclusioni

In linea con i principi teorici e le riflessioni contenuti nel *“Documento sulle prestazioni sanitarie etero-determinate: diritto alla salute e libertà di scelta”*⁷ relativamente alle “prescrizioni” dei trattamenti sanitari in ambito giudiziario, gli scriventi hanno avvertito il bisogno di proporre una modifica sostanziale all'articolo 31 del C.D. per cambiare la posizione, assolutamente marginale allo stato attuale, della persona minorene/interdetta sottoposta a trattamento sanitario: da soggetto passivo che subisce, in ogni caso, un'etero-determinazione relativamente alla sua salute, ad un soggetto attivo e informato, che possa avere la possibilità di esprimere la propria opinione sul trattamento sanitario proposto nel rispetto di quanto stabilito dalla Convenzione di Oviedo⁸ (art. 6 comma 2): *“Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità”*. Un principio analogo è individuato dalla Convenzione nel successivo comma 3 per le persone maggiorenne afflitte da limitazioni delle proprie capacità di autodeterminarsi: *“Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo similare, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge”*.

In definitiva, va comunque rispettata la dignità del soggetto incapace facendolo partecipare alla procedura di autorizzazione. Tale partecipazione avrà un peso determinante in relazione alla effettiva maturità e consapevolezza della persona interessata.

⁷ Redatto dal Gruppo di Lavoro in “Psicologia Giuridica” presso l'Ordine degli Psicologi della Calabria e deliberato nella seduta del 14.07.17: <https://www.psicologiagiuridica.eu/documento-sulle-prestazioni-sanitarie-etero-determinate-diritto-alla-salute-liberta-scelta/2017/07/14/>

⁸ Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina Oviedo, 4 aprile 1997 ratificata con la L. n 145 del 2001.



Capo I – Principi generali

Articolo 1. Le regole del presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Albo degli psicologi. Lo psicologo è tenuto alla loro conoscenza e l'ignoranza delle medesime non esime dalla responsabilità disciplinare. Le stesse regole si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengano effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo elettronico e/o telematico.

Articolo 2. L'inosservanza dei precetti stabiliti nel presente Codice deontologico, ed ogni azione od omissione comunque contrarie al decoro, alla dignità ed al corretto esercizio della professione, sono punite secondo quanto previsto dall'art. 26, comma 1°, della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, secondo le procedure stabilite dal Regolamento disciplinare.

Articolo 3. Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità. In ogni ambito professionale opera per migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace. Lo psicologo è consapevole della responsabilità sociale derivante dal fatto che, nell'esercizio professionale, può intervenire significativamente nella vita degli altri; pertanto deve prestare particolare attenzione ai fattori personali, sociali, organizzativi, finanziari e politici, al fine di evitare l'uso non appropriato della sua influenza, e non utilizza indebitamente la fiducia e le eventuali situazioni di dipendenza dei committenti e degli utenti destinatari della sua prestazione professionale. Lo psicologo è responsabile dei propri atti professionali e delle loro prevedibili

dirette conseguenze.

Articolo 4. Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. Lo psicologo utilizza metodi e tecniche salvaguardando tali principi, e rifiuta la sua collaborazione ad iniziative lesive degli stessi. Quando sorgono conflitti di interesse tra l'utente e l'istituzione presso cui lo psicologo opera, quest'ultimo deve esplicitare alle parti, con chiarezza, i termini delle proprie responsabilità ed i vincoli cui è professionalmente tenuto. In tutti i casi in cui il destinatario ed il committente dell'intervento di sostegno o di psicoterapia non coincidano, lo psicologo tutela prioritariamente il destinatario dell'intervento stesso.

Articolo 5. Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opera. La violazione dell'obbligo di formazione continua, determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale. Riconosce i limiti della propria competenza e usa, pertanto solo strumenti teorico – pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate.

Articolo 6. Lo psicologo accetta unicamente condizioni di lavoro che non compromettano la sua autonomia professionale ed il rispetto delle norme del presente codice, e, in assenza di tali condizioni, informa il proprio Ordine. Lo psicologo salvaguarda la propria autonomia nella scelta dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici, nonché della loro utilizzazione; è perciò responsabile della loro applicazione ed uso, dei risultati, delle valutazioni ed interpretazioni che ne ricava. Nella collaborazione con professionisti di altre discipline esercita la piena autonomia professionale nel rispetto delle altrui competenze.



Articolo 7. Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, lo psicologo valuta attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte; espone, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile.

Articolo 8. Lo psicologo contrasta l'esercizio abusivo della professione come definita dagli articoli 1 e 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56, e segnala al Consiglio dell'Ordine i casi di abusivismo o di usurpazione di titolo di cui viene a conoscenza. Parimenti, utilizza il proprio titolo professionale esclusivamente per attività ad esso pertinenti, e non avalla con esso attività ingannevoli od abusive.

Articolo 9. Nella sua attività di ricerca lo psicologo è tenuto ad informare adeguatamente i soggetti in essa coinvolti al fine di ottenerne il previo consenso informato, anche relativamente al nome, allo status scientifico e professionale del ricercatore ed alla sua eventuale istituzione di appartenenza. Egli deve altresì garantire a tali soggetti la piena libertà di concedere, di rifiutare ovvero di ritirare il consenso stesso. Nell'ipotesi in cui la natura della ricerca non consenta di informare preventivamente e correttamente i soggetti su taluni aspetti della ricerca stessa, lo psicologo ha l'obbligo di fornire comunque, alla fine della prova ovvero della raccolta dei dati, le informazioni dovute e di ottenere l'autorizzazione all'uso dei dati raccolti. Per quanto concerne i soggetti che, per età o per altri motivi, non sono in grado di esprimere validamente il loro consenso, questo deve essere dato da chi ne ha la potestà genitoriale o la tutela, e, altresì, dai soggetti stessi, ove siano in grado di comprendere la natura della collaborazione richiesta. Deve essere tutelato, in ogni caso, il diritto dei soggetti alla riservatezza, alla non riconoscibilità ed all'anonimato.

Articolo 10. Quando le attività professionali hanno ad oggetto il comportamento degli animali, lo psicologo si impegna a rispettarne la natura ed a evitare loro sofferenze.

Articolo 11. Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12. Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13. Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Articolo 14. Lo psicologo, nel caso di intervento su o attraverso gruppi, è tenuto ad informare, nella fase iniziale, circa le regole che governano tale intervento. È tenuto altresì ad impegnare, quando necessario, i componenti del gruppo al rispetto del diritto di ciascuno alla riservatezza.

Articolo 15. Nel caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, lo psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione.

Articolo 16. Lo psicologo redige le comunicazioni scientifiche, ancorché indirizzate ad un pubblico di professionisti tenuti al segreto professionale, in modo da salvaguardare in ogni caso l'anonimato del destinatario della prestazione.

Articolo 17. La segretezza delle comunicazioni deve essere protetta anche attraverso la custodia e il controllo di appunti, note, scritti o registrazioni di qualsiasi genere e sotto qualsiasi forma, che riguardino il rapporto professionale. Tale documentazione deve essere conservata per almeno i cinque anni



successivi alla conclusione del rapporto professionale, fatto salvo quanto previsto da norme specifiche. Lo psicologo deve provvedere perché, in caso di sua morte o di suo impedimento, tale protezione sia affidata ad un collega ovvero all'Ordine professionale. Lo psicologo che collabora alla costituzione ed all'uso di sistemi di documentazione si adopera per la realizzazione di garanzie di tutela dei soggetti interessati.

Articolo 18. In ogni contesto professionale lo psicologo deve adoperarsi affinché sia il più possibile rispettata la libertà di scelta, da parte del cliente e/o del paziente, del professionista cui rivolgersi.

Articolo 19. Lo psicologo che presta la sua opera professionale in contesti di selezione e valutazione è tenuto a rispettare esclusivamente i criteri della specifica competenza, qualificazione o preparazione, e non avalla decisioni contrarie a tali principi.

Articolo 20. Nella sua attività di docenza, di didattica e di formazione lo psicologo stimola negli studenti, allievi e tirocinanti l'interesse per i principi deontologici, anche ispirando ad essi la propria condotta professionale.

Articolo 21. L'insegnamento dell'uso di strumenti e tecniche conoscitive e di intervento riservati alla professione di psicologo a persone estranee alla professione stessa costituisce violazione deontologica grave. Costituisce aggravante avallare con la propria opera professionale attività ingannevoli o abusive concorrendo all'attribuzione di qualifiche, attestati o inducendo a ritenersi autorizzati all'esercizio di attività caratteristiche dello psicologo. Sono specifici della professione di psicologo tutti gli strumenti e le tecniche conoscitive e di intervento relative a processi psichici (relazionali, emotivi, cognitivi, comportamentali) basati sull'applicazione di principi, conoscenze, modelli o costrutti psicologici. È fatto salvo l'insegnamento di tali strumenti e tecniche agli studenti dei corsi di studio universitari in psicologia e ai tirocinanti. È altresì fatto salvo l'insegnamento di conoscenze psicologiche.

Capo II – Rapporti con l'utenza e con la committenza

Articolo 22. Lo psicologo adotta condotte non lesive per le persone di cui si occupa professionalmente, e non utilizza il proprio ruolo ed i propri strumenti

professionali per assicurare a sé o ad altri indebiti vantaggi.

Articolo 23. Lo psicologo pattuisce nella fase iniziale del rapporto quanto attiene al compenso professionale. In ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera. In ambito clinico tale compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.

Articolo 24. Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato. Se la prestazione professionale ha carattere di continuità nel tempo, dovrà esserne indicata, ove possibile, la prevedibile durata.

Articolo 25. Lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone. Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza, se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio. Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti.

Articolo 26. Lo psicologo si astiene dall'intraprendere o dal proseguire qualsiasi attività professionale ove propri problemi o conflitti personali, interferendo con l'efficacia delle sue prestazioni, le rendano inadeguate o dannose alle persone cui sono rivolte. Lo psicologo evita, inoltre, di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa comprometterne la credibilità e l'efficacia.

Articolo 27. Lo psicologo valuta ed eventualmente propone l'interruzione del rapporto terapeutico quando constata che il paziente non trae alcun beneficio dalla cura e non è ragionevolmente prevedibile che ne trarrà dal proseguimento della cura stessa. Se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.



Articolo 28. Lo psicologo evita commistioni tra il ruolo professionale e vita privata che possano interferire con l'attività professionale o comunque arrecare nocimento all'immagine sociale della professione. Costituisce grave violazione deontologica effettuare interventi diagnostici, di sostegno psicologico o di psicoterapia rivolti a persone con le quali ha intrattenuto o intrattiene relazioni significative di natura personale, in particolare di natura affettivo-sentimentale e/o sessuale. Parimenti costituisce grave violazione deontologica instaurare le suddette relazioni nel corso del rapporto professionale. Allo psicologo è vietata qualsiasi attività che, in ragione del rapporto professionale, possa produrre per lui indebiti vantaggi diretti o indiretti di carattere patrimoniale o non patrimoniale, ad esclusione del compenso pattuito. Lo psicologo non sfrutta la posizione professionale che assume nei confronti di colleghi in supervisione e di tirocinanti, per fini estranei al rapporto professionale.

Articolo 29. Lo psicologo può subordinare il proprio intervento alla condizione che il paziente si serva di determinati presidi, istituti o luoghi di cura soltanto per fondati motivi di natura scientifico-professionale.

Articolo 30. Nell'esercizio della sua professione allo psicologo è vietata qualsiasi forma di compenso che non costituisca il corrispettivo di prestazioni professionali.

Articolo 31. Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.

Articolo 32. Quando lo psicologo acconsente a fornire una prestazione professionale su richiesta di un committente diverso dal destinatario della prestazione stessa, è tenuto a chiarire con le parti in causa la natura e le finalità dell'intervento.

Capo III – Rapporti con i colleghi

Articolo 33. I rapporti fra gli psicologi devono ispirarsi al principio del rispetto reciproco, della lealtà e della colleganza. Lo psicologo appoggia e sostiene i Colleghi che, nell'ambito della propria attività, quale che sia la natura del loro rapporto di lavoro e la loro posizione gerarchica, vedano compromessa la loro autonomia ed il rispetto delle norme deontologiche.

Articolo 34. Lo psicologo si impegna a contribuire allo sviluppo delle discipline psicologiche e a comunicare i progressi delle sue conoscenze e delle sue tecniche alla comunità professionale, anche al fine di favorirne la diffusione per scopi di benessere umano e sociale.

Articolo 35. Nel presentare i risultati delle proprie ricerche, lo psicologo è tenuto ad indicare la fonte degli altrui contributi.

Articolo 36. Lo psicologo si astiene dal dare pubblicamente su colleghi giudizi negativi relativi alla loro formazione, alla loro competenza ed ai risultati conseguiti a seguito di interventi professionali, o comunque giudizi lesivi del loro decoro e della loro reputazione professionale. Costituisce aggravante il fatto che tali giudizi negativi siano volti a sottrarre clientela ai colleghi. Qualora ravvisi casi di scorretta condotta professionale che possano tradursi in danno per gli utenti o per il decoro della professione, lo psicologo è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio dell'Ordine competente.

Articolo 37. Lo psicologo accetta il mandato professionale esclusivamente nei limiti delle proprie competenze. Qualora l'interesse del committente e/o del destinatario della prestazione richieda il ricorso ad altre specifiche competenze, lo psicologo propone la consulenza ovvero l'invio ad altro collega o ad altro professionista.

Articolo 38. Nell'esercizio della propria attività professionale e nelle circostanze in cui rappresenta pubblicamente la professione a qualsiasi titolo, lo psicologo è tenuto ad uniformare la propria condotta ai principi del decoro e della dignità professionale.



Capo IV – Rapporti con la società

Articolo 39. Lo psicologo presenta in modo corretto ed accurato la propria formazione, esperienza e competenza. Riconosce quale suo dovere quello di aiutare il pubblico e gli utenti a sviluppare in modo libero e consapevole giudizi, opinioni e scelte.

Articolo 40. Indipendentemente dai limiti posti dalla vigente legislazione in materia di pubblicità, lo psicologo non assume pubblicamente comportamenti scorretti finalizzati al procacciamento della clientela. In ogni caso, può essere svolta pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dai competenti Consigli dell'Ordine. Il messaggio deve essere formulato nel rispetto del decoro professionale, conformemente ai criteri di serietà scientifica ed alla tutela dell'immagine della professione. La mancanza di trasparenza e veridicità del messaggio pubblicizzato costituisce violazione deontologica.

Capo V – Norme di attuazione

Articolo 41. È istituito presso la “Commissione Deontologia” dell'Ordine degli psicologi l'“Osservatorio permanente sul Codice Deontologico”, regolamentato con apposito atto del Consiglio Nazionale dell'Ordine, con il compito di raccogliere la giurisprudenza in materia deontologica dei Consigli regionali e provinciali dell'Ordine e ogni altro materiale utile a formulare eventuali proposte della Commissione al Consiglio Nazionale dell'Ordine, anche ai fini della revisione periodica del Codice Deontologico. Tale revisione si atterrà alle modalità previste dalla Legge 18 febbraio 1989, n. 56.

Articolo 42. Il presente Codice deontologico entra in vigore il trentesimo giorno successivo alla proclamazione dei risultati del referendum di approvazione, ai sensi dell'art. 28, comma 6, lettera c) della Legge 18 febbraio 1989, n. 56.

II CONSENSO INFORMATO in psicologia

Normativa in tema di consenso informato

Articolo 32 Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Legge 219/17

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 1 - Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.



3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso video-registrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 3 - Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del



minore nel pieno rispetto della sua dignità.

3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Codice Deontologico degli Psicologi

Art. 24

Lo psicologo, nella fase iniziale del rapporto professionale, fornisce all'individuo, al gruppo, all'istituzione o alla comunità, siano essi utenti o committenti, informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza. Pertanto, opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato. Se la prestazione professionale ha carattere di continuità nel tempo, dovrà esserne indicata, ove possibile, la prevedibile durata.

Art. 31

Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte.





Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia

www.ordinepsicologifvg.it