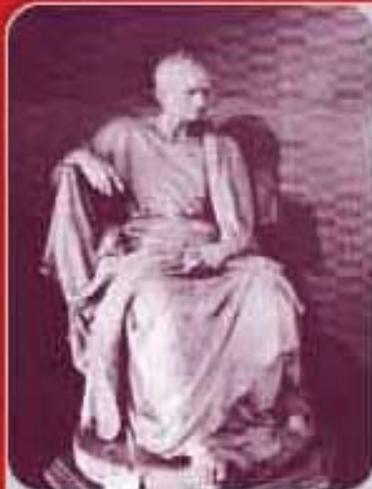


Anno VI n. 2/3 - 2010



PERIODICO DELL'ORDINE
DEGLI AVVOCATI
DI
CALTANISSETTA

RIVISTA DELL' AVVOCATURA



Congresso Nazionale Forense

Genova 25 • 27 novembre 2010

L'Editoriale - "Testimone dell'OUA"	pag.	2
di E. LIMUTI		
Il Consiglio dell'Ordine	»	3
di G. IACONA		
O.U.A. - "Tutti avvocati, tutti specialisti" - "Le sette proposte dell'OUA" -		
"L'OUA contro la mediaconciliazione obbligatoria"	»	5
di M. DE TILLA		
"Situazione del paese e crisi della giustizia"	»	8
di R. BARBIROTTA		
La Fondazione Scuola Forense Nissena - "Bilanci, programmi e nuovi progetti"	»	10
di R. ACCARDI		
Il Vivaio	»	12
di C. M. MILISENNA E S. DIBENEDETTO		
La Camera civile - "Iniziativa sulla mediazione civile"	»	16
di F. PANEPINTO		
La Camera penale - "Il XIII Congresso dell'Unione delle Camere Penali Italiane"	»	18
di A. MAIRA E S. PECORARO		
A.I.G.A. - "Avvocatura svegliati!"	»	20
di G. AMICO		
"I diritti fondamentali dopo Lisbona"	»	21
di M. AGLIASTRO		
"Il lume della ragione dinanzi al palo della luce"	»	23
di G. TONA		
"Le Corti costituzionali italiana e tedesca a confronto"	»	25
di E. BELFIORE		
Il medico legale - "Consenso consapevole ed informato"	»	26
di V. MILISENNA		
La nostra storia - "L'avv. Michelangelo Salerno"	»	31
di F. CARAPEZZA		
"Politica e magistratura: dove sono le camere penali?"	»	33
di S. IACONA		
"La mediazione familiare: i dubbi che ne vanificano l'applicazione" - II parte	»	34
di C. FERRARA		
"Diritti fondamentali e ... contraddizioni"	»	36
di G. D'Acqui		
"L'ultimo pretore"	»	37
di P. Cipolla		
La Fondazione Scuola Forense Nissena - "L'EAL e la formula di Hand" - II parte	»	39
di F. GRILLO		
Eva togata - "Unione e vigilanza"	»	40
di R. ACCARDI		
Commissione Pari Opportunità - "Dopo le buone teorie, le proposte"	»	42
di A. MACALUSO		
"Com'è cambiato il codice della strada"	»	44
di F. TAMPANELLI		
"Il diritto all'epoca del pianeta delle scimmie"	»	47
di C. ARIOSTO		
Giuristi e Artisti - "Nuove idee, nuove emozioni"	»	49
di A. SALERNO		
Dalla cronaca... al diritto - "La Cassazione: è reato se il capoufficio dice al dipendente..."	»	51
di R. PALERMO		
Ciclo legalità	»	53
Il diritto tra il serio e il faceto - "Il rapporto di colleganza..."	»	54
di A. SAIA		
L'occhio di Taleum Neleium	»	56

ALL'INTERNO

Sezione di Legislazione, Giurisprudenza e Dottrina



Il Medico Legale

CONSENSO CONSAPEVOLE ED INFORMATO:

*inutile burocratizzazione” o percorso di cui il
prestampato è solo l’epilogo?*

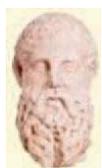
La base etica del consenso si perde
nella notte dei tempi ...



*“Evita di fare quello
che rimprovereresti
agli altri di fare”
(Talete - 640/624 a.C.
- 547 a.C.)*

*“Tutto quanto volete che
gli uomini facciano a voi,
anche voi fatelo a loro:
questa infatti è la legge ed
i profeti.”*

(Vangelo di Matteo 7,12)



*“Ciò che tu eviteresti di
sopportare per te, cerca
di non imporlo agli altri”
(Epitteto 50 d.C. - 120
d.C.)*

può quindi affermarsi che il concetto
di CONSENSO, da allora ai tempi
odierni, ha sempre avuto un posto di
primo piano nel regolamentare i rap-
porti interpersonali in qualsiasi
Societas.

In Italia, i Padri costituenti nel
redigere la Costituzione Italiana,
ebbero a dare al “CONSENSO” un
ruolo di rilievo.

Dell’esistenza, dell’interpreta-
zione e dei limiti di tal delicato con-
cetto, si trovano concrete basi:

**nell’art. n.32 della Costituzione
della Repubblica Italiana**

**nell’art. n.32 del Codice di deonto-
logia medica (acquisizione del con-**

senso)

**nell’art. n.610 del Codice Penale
(violenza privata)**

**in pronunzie della Suprema Corte
(sent. n. 6464 del 08.07.94)**

Basta la citazione di queste
poche basi conoscitive per compren-
dere la vastità e la complessità della
materia che, in ambito medico, viene
ulteriormente complicata dal dive-
nire etico e giudiziale del concetto di
autodeterminazione, che oggi, attra-
verso diverse pronunzie della
Suprema Corte, con diritto di rifiuta-
re le cure, ne ha ampliato i limiti
sancendone la validità anche quando
il rifiuto di un trattamento “di fatto”



conduce all’e-
xitus.

Uno per tutti
si ricordi il
caso Englaro
che di recente
ha interessato
la bioetica, la

dottrina, la politica e l’opinione pub-
blica, divisi in schieramenti (talora
contrapposti), con a supporto moti-
vazione perfettamente comprensibili
pur se, di caso in caso, anche non
appieno condivisibili.

In ambito medico-scientifico, la
materia trova ulteriori complicazio-
ni, vengono infatti a superficializ-
zarsi tre concetti strettamente corre-
lati al consenso:

il poter fare

l’omettere

il dover fare”

rappresentati nel Codice Penale agli

artt.:

n.54 C.P. (Stato di necessità)

**n.328 C.P. (Rifiuto di atti d'ufficio
- Omissione)**

n.593 C.P. (Omissione di soccorso)

Considerato che da pubblici
ufficiali (tale è infatti la veste incar-
nata dal medico in servizio che viene
chiamato a rispondere della propria
condotta), nel quotidiano delle cor-
sie, delle sale operatorie, dei pronto
soccorso, degli ambulatori, si viene
chiamati a materializzare l’etericità
di norme, regolamenti, dottrina e
pronunzie giurisprudenziali, provia-
mo a schematizzare un filo compor-
tamentale, partendo da concetti uni-
versalmente accettati e condivisi che
devono iniziare inquadrando corret-
tamente il CONSENSO *nella sua
piena dignità lessicale*, non trattasi
infatti di semplice ... CONSENSO
... ma di ... CONSENSO CONSA-
PEVOLE ED INFORMATO, dif-
ferenza che lungi dalla mera lessica-
lità, apre nuovi scenari incentrati sul
“*consapevole*”, scenari solitamente
tenuti in scarsissimo conto e troppo
spesso decisamente ignorati.

Una per tutte, si immagini quale
valenza giuridica possa esser data ad
un CONSENSO, firmato nel corri-
doio della sala operatoria, magari
con una pre-anestesia già praticata o,
parimenti, ad un CONSENSO fir-
mato al front-office di una radiolo-
gia qualche minuto prima di sotto-
porsi all’esame, senza quindi avere
neanche la più pallida idea né di
cosa si stia firmando né dei rischi

correlati alla esposizione a radiazioni ionizzanti.



Dove può albergare la "consapevolezza" dell'operando in una situazione del genere?

Che dire della serenità d'animo che dovrebbe

accompagnare una scelta così delicata?

Quale giustificazione contrapporre alla donna che magari non sa della propria gravidanza e viene sottoposta ad esame con radiazioni ionizzanti?

Può affidarsi informazione e consapevolezza alla cartellonistica, solitamente presente sul rischio-radiazioni, dribblando così tutta la normativa sul consenso?

Da operatori di scienza, rientriamo allora nei certi, pur se a volte scomodi, limiti delle regole.

Cinque le caratteristiche che conferiscono "validità giudiziale" al CONSENSO CONSAPEVOLE ED INFORMATO che deve essere:

1. LIBERAMENTE E CHIARAMENTE ESPRESSO

2. EROGATO DALL'AVENTE DIRITTO

3. ATTINENTE AD UN BENE DISPONIBILE

4. SPECIFICATAMENTE RIFERITO AL TRATTAMENTO IN OGGETTO

5. CONSAPEVOLE, INFORMATO E VERIFICATO

1. LIBERAMENTE E CHIARAMENTE ESPRESSO

Pochi dubbi dovrebbero essere rappresentati nel "chiaramente espresso", affermazione che non intende necessariamente la forma "scritta", pur se il documento cartaceo

incarna la forma più usuale e soprattutto rappresenta un documento che non volatile (verba volant ..), esibibile anche a distanza di tempo.

Maggiore la difficoltà insita nell'interpretazione del "liberamente espresso", in quanto trattasi di condizione desumibile e non di una condizione percepibile.

Per altro va detto che il liberamente espresso, specie se trattasi di pazienti, con grado di cultura non elevato o ansiosi, è difficilmente realizzabile in tutta la sua accezione (è innegabile il rapporto di soggezione che normalmente contraddistingue chi "ha bisogno" rispetto a chi "può risolvere il problema").

Solo una grande modestia nel porgere, associata alla disponibilità d'animo che dovrebbe sempre connotare il comportamento medico, potranno far riacquisire il dovuto ambito di parità alla condizione psichica di medico e paziente.

2. EROGATO DALL'AVENTE DIRITTO

È quasi la norma leggere modulistica attinente ai consensi più svariati firmati da mogli, figli o addirittura nipoti; nulla di più errato.

L'avente diritto per dare o negare il consenso è il soggetto interessato o in caso di minori il genitore.

Il Legislatore da così tanta importanza all'AVENTE DIRITTO che in caso di minori (specie se hanno superato il 14° anno di età), contempla l'informazione del minore, comportamento ripreso appieno dal Codice di Deontologia Medica che all'art. n.34 testualmente recita: " ... Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente. "

Quindi niente mogli, fratelli o parenti ma solo *aventi diritto*, tenendo presente che nei casi in cui non sia possibile (p.e. paziente in coma o incapace di intendere e di volere), se non sussistono le condizioni di cui all'art. n.54 codice penale e se l'avente diritto non abbia in vita espresso un chiaro dissenso, la parola passa al Giudice Tutelare (figura presente in Tribunale).

3. ATTINENTE AD UN BENE DISPONIBILE

Pur se la giurisprudenza ha sancito il diritto di rifiutare le cure anche nel caso in cui detto rifiuto di fatto sancisce la morte del soggetto, il CONSENSO può esse dato solo per *beni disponibili*, quindi pur se ad un Paziente è consentito di rifiutare delle cure indispensabili a tenerlo in vita (ampio il dibattito se idratazione e nutrizione in soggetti sono da inquadrare come cure e pertanto rifiutabili, vds caso Welby), non è possibile mettere in essere delle cure che "sicuramente" porterebbero a morte un Paziente.

4. SPECIFICATAMENTE RIFERITO AL TRATTAMENTO IN OGGETTO

Da cassare i CONSENSI dove non viene specificatamente indicato il trattamento che deve essere messo in essere e le condizioni che dallo stesso deriveranno (non è la stessa cosa risvegliarsi con una ileostomia temporanea o con una colostomia definitiva).

5. CONSAPEVOLE, INFORMATO E VERIFICATO

Abbiamo già detto delle difficoltà insite nel "consapevole", difficoltà assolutamente non presenti nel concetto di "informato" connotandosi in questo termine sia l'eshaustività dell'informazione sia la chiarezza con cui la stessa deve essere data, differenziandola quindi in base all'età, alla cultura nonché allo stato emozionale di chi ci ascolta.

Al Paziente non possono essere sottaciute le effettive condizioni cliniche, ma la delicatezza nel porgerle va personalizzata, quindi niente pietose bugie ma di contro niente fredde verità, che potrebbero anche essere più penose della stessa malattia (la fragilità psichica di fronte alla malattia è molto più presente di quanto non si immagini).

Sempre in tema di "INFORMAZIONE" va specificato che non appare assolutamente giustificabile il "dimenticare" di citare le possibili alternative terapeutiche (p.e. chirurgia tradizionale versus chirurgia videolaparoscopica).

In sede giudiziale, tale dimenticanza, specie se quotidianamente perpetrata, non solo rappresenta una "omissione" ma diviene un grimaldello inscalfibile in caso di complicanze dovute al tipo di approccio (p.e. laparocèle), complicanze che difficilmente si sarebbero presentate utilizzando una diversa tecnica chirurgica.

Non può per altro essere portata a giustificazione la mancanza di quella "particolare" attrezzatura, va infatti messo al corrente l'operando della possibile alternativa e sarà "suo" e solo "suo" il diritto decidere se avvalersi della tecnica usata in quel posto o emigrare verso altri lidi.

Pressoché totalmente ignorata la "verifica" del CONSENSO, condizione che si da ... per scontata quando invece andrebbe dato il giusto spazio all'eventuale insorgenza di dubbi, perplessità o anche il semplice "non aver ben compreso".

Non esiste una ricetta per tutti, ma il buon senso, una buona maniera di porgere, la modestia e soprattutto la disponibilità a mettersi in discussione, risolvono il problema più spesso di quanto non si immagini.

Vanno anche tenuti presenti gli ambiti in cui si muove il CONSENSO che può avere le seguenti connotazioni:

6. PRESUNTO O IMPLICITO

(limitato a prestazioni ordinarie)

7. **ESPLICITO** (per trattamenti che esulano dall'ordinario)

8. **NON NECESSARIO** (se si ravvisa lo stato di necessità)

9. **LIMITATO O ESTESO** (da valutare caso per caso)

6. PRESUNTO O IMPLICITO (limitato a prestazioni ordinarie)

Non è necessario munirsi del CONSENSO dell'AVENTE DIRITTO per l'esecuzione di un prelievo di sangue se lo stesso si è presentato per eseguire degli esami ematici; di contro appare imprescindibile acquisire il CONSENSO da chi deve essere esposto a radiazioni ionizzanti rifuggendo dal trasformare l'acquisizione del CONSENSO in una burocratizzazione che ne elide ogni valenza etica, professionale e giuridica.

7. **ESPLICITO** (per trattamenti che esulano dall'ordinario)

Come anticipato al punto 4. il CONSENSO dovrà essere acquisito per lo specifico trattamento da porre in essere, rifuggendo dal pensiero che più è ampio il CONSENSO più è possibile fare; *la giurisprudenza non la pensa così.*

8. **NON NECESSARIO** (stato di necessità)

Ove non sia stato precedentemente espresso un esplicito dissenso (p.e. Testimoni di Geova) e si ravvisino le condizioni dello STATO DI NECESSITÀ (pericolo attuale di un danno grave alla persona), per agire, non è necessario acquisire il CONSENSO sempre che il rischio (p.e. operatorio) sia proporzionato al beneficio.

9. **LIMITATO O ESTESO (da valutare caso per caso)**

In accordo con quanto contemplato al punto 6. può anche succedere di dover acquisire un CONSENSO più ampio, sempre da citare come alternativa e che non rappre-

senti la regola ma l'eccezione, quindi da valutare caso per caso.

Torniamo al Paziente che accettando suo malgrado una ileostomia temporanea, potrebbe non accettare una colostomia definitiva, per cui in caso di *effettivo e documentato dubbio su quale potrà essere l'esito chirurgico*, il CONSENSO va acquisito in maniera estesa.

L'EVOLUZIONE GIURISPRUDENZIALE ATTRAVERSO LE SENTENZE

DELLA CORTE DI CASSAZIONE DAL 1992 AD OGGI:

1. La sentenza **Massimo** (emessa il 21 aprile 1992 dalla V sezione della Suprema Corte), si pronunciò in maniera particolarmente rigorosa ed estensiva, *configurando l'ipotesi di omicidio preterintenzionale nel tratta*2. L a sentenza Volterrani (emessa il 29 maggio 2002 dalla I sezione della Suprema Corte), pervenne a conclusioni diverse dalla sentenza Massimo, assolvendo il chirurgo che aveva eseguito un intervento non consentito dal paziente che era successivamente deceduto in conseguenza dell'intervento *(nella fattispecie il consenso del paziente era limitato alla riduzione di un'ernia ombelicale e all'esplorazione della cavità addominale ma in corso di intervento, il chirurgo, constatata la presenza di un tumore maligno, procedeva all'asportazione della massa neoplastica con un intervento di particolare complessità.)*

Il Paziente veniva successivamente a morte ma la Suprema Corte, avendo ritenuto che l'intervento era stato eseguito nella perfetta osservanza delle *leges artis*, pur ricollegando il decesso a complicanze non prevedibili, assolveva il chirurgo.

La sentenza Volterrani sembra contenere una più esplicita riaffermazione dell'incompatibilità

logico giuridica tra la volontarietà dell'atto lesivo (*hanimus necandi*), su cui si fonda l'ipotesi del delitto preterintenzionale e l'intervento del medico che, anche in assenza di consenso, **ma purché non vi sia un esplicito dissenso**, trova comunque una legittimazione in se stesso (*hanimus bonus*), escludendo altresì che il fatto possa astrattamente essere inquadrato in una fattispecie di reato.

3. Con sentenza n. 2407 del 18 dicembre 2008 la **Suprema Corte a Sezioni unite**, cede ancor più spazio al "fare" medico (1)



Il divenire giurisprudenziale, sembrerebbe aver ampliato i margini di discrezionalità del medico a condizione che il tutto ... si sia concluso con esito fausto, condizione che nella scienza medica, caso per caso, può essere presumibile, ma mai ammantata di certezza.

Per altro (siamo in ambito penale), suscita ben più che una perplessità di ordine etico, dottrinario e scientifico, il vestire di liceità un comportamento altrimenti censurabile (quale l'agire senza il consenso informato), in virtù del successo ottenuto (in campo medico leggibile come la fortunosa assenza di temibili complicanze).

In ogni caso, le Sezioni unite della Suprema Corte, con la sentenza n.2407, avevano lasciato "libera" l'analisi di "esito infausto" dell'atto medico-chirurgico, in assenza di CONSENSO INFORMATO.

La miccia era innescata ... era solo una questione di tempo.

La V sezione penale della Suprema Corte, con sentenza n.21799 del 08 giugno 2010 ha ripreso il tema del consenso informato, rivitalizzandone la valenza e soprattutto, tracciando un nuovo solco giurisprudenziale, è stato infatti sancito che l'assenza di CONSENSO INFORMATO può configurare la presenza di "dolo" in regione della "colpa" che da sempre ha contraddistinto un operato medico anche drasticamente censurabile.

Considerata l'abissale differenza tra le due fattispecie, differenziate proprio dall'elemento psicologico (volontà di ledere), nonché dalla rilevanza penale delle pene correlate (vds artt. 582, 583, 584, 589, 590 c.p.),

si ritiene ben più che opportuno riportare i passi essenziali della sentenza (2)

Non vogliamo su queste pagine anticipare evoluzioni giurisprudenziali.

(1) "... il medico sottoponga il paziente a un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli, si sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative ipotizzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale ...".

(2) "... la consulenza disposta in 1° grado, e così il giudice di merito, hanno ricollegato eziologicamente il residuo difetto visivo ad alterazioni corneali centrali cicatriziali, situazione di annebbiamento visivo e di facile abbagliamento, con riduzione del visus non correggibile ulteriormente con lenti, danno qualitativo e quantitativo all'integrità fisica di natura permanente alla condotta del sanitario che omise di eseguire gli esami preliminari indicati per la chirurgia con laser ad eccimeri, necessari sia per l'intervento lasik che PRK (risultando irrilevante la scelta del metodo essendo le due tecniche ritenute simili in termini di efficacia e predittività per la correzione delle miopie, indipendentemente dal grado presentato) ed avendo quindi ommesso di valutare possibili controindicazioni all'operazione chirurgica nonché tentando, con imprudenza ed imperizia, una correzione di un astigmatismo miopico composto obiettivamente molto elevato, prescindendo dalla conoscenza delle caratteristiche tipografiche e di spessore corneali, elementi fondamentali per decidere i parametri di esecuzione del trattamento laser.

Si tratta di una condotta anche qui talmente anomala da esorbitare di gran lunga dai canoni della mera imprudenza, imperizia o negligenza. A tanto deve aggiungersi il dato che la struttura sanitaria ove operò l'imputato non era attrezzata per l'intervento lasik (n.d.r.: cheratectomia intrastromale) ma solo per quello PRK (n.d.r.: cheratectomia rifrattiva) sicché era ab origine da escludere la possibilità della prima modalità esecutiva dell'intervento e di tanto non poteva essere ignaro il medico che vi operava.

Ciò implica che il consenso del paziente all'intervento non fu solo invalido e non ritualmente informato, ma nemmeno liberamente prestato, dovendosi riconoscere che "a monte" fu anche fraudolentemente carpito.

Dunque si è in cospetto di una anomalia della condotta del medico talmente grossolana da non consentire di ragionare in termini di mero eccesso colposo (art. 55 c.p.) finanche nell'erroneo presupposto dell'esistenza di una esimente (art. 59 c.p.), dovendosi necessariamente constatare che il medico travalicò gli estremi limiti di una condotta consapevolmente colposa (colpa cosciente) laddove fu piuttosto animato da una palese volontà che accettò pienamente ed in via preventiva il rischio dell'evento lesivo poi verificatosi (dolo eventuale).

Conclusivamente, se il consenso del paziente funge da infettibile presupposto di liceità del trattamento medico, con la conseguenza che la mancanza di un consenso opportunamente "informato" del malato, o la sua invalidità per altre ragioni, determina l'arbitrarietà del trattamento medico e la sua rilevanza penale, in ogni caso l'illiceità dell'intervento terapeutico del sanitario eseguito in difformità dal consenso prestato o in sua assenza, va posta in necessaria correlazione con l'esito infausto di esso alla stregua della pronuncia delle SS.UU. nella sentenza del 2009 sopra citata.

L'inquadramento di tale condotta sotto il profilo psicologico e la conseguente integrazione della fattispecie criminosa contestabile seguirà le connotazioni circostanziali del caso concreto, ma se tale intervento è stato posto in essere nella piena coscienza dell'esplicito dissenso del paziente o peggio, come nel caso di specie, carpandone il consenso in relazione ad una modalità esecutiva dell'intervento a priori oggettivamente non attuabile, deve ravvisarsi non solo la imprescindibile volontà di incidere sulla incolumità individuale, che è il bene protetto dalla norma, attraverso la necessaria e propedeutica lesione strumentale chirurgica, ma anche quella peculiare di procurare - quanto meno sotto il profilo della preventiva accettazione del rischio della sua verifica - il conseguente evento dannoso finale, cioè quello non apprezzabile come fausto nei termini come sopra precisati dalla sentenza n. 2437 del 18.12.2008 delle Sezioni Unite.

Questo va, quindi, imputato a titolo di dolo, non di colpa (ravvisabile nel concreto espletamento dell'intervento terapeutico meramente non assentito, con esito infausto), non essendo richiesto per il reato di lesioni personali volontarie il dolo specifico e rimanendo, perciò, del tutto irrilevante che l'atto terapeutico, che ha cagionato la malattia finale, sia stato posto in essere al fine di guarirne altra o assicurare un più appagante assetto psico-fisico "sul piano della valutazione complessiva della salute": determinazioni, queste, peraltro, di esclusiva competenza del paziente.

Ne consegue la natura prettamente dolosa del reato quale originariamente contestato e l'annullamento dell'impugnata sentenza con rinvio al Giudice competente che si atterrà al principio di diritto per cui: 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 colposa."

ziali, ma si ritiene che appaia assai pericoloso il non attenersi pedissequamente ai dettami che regolano il chiedere ed ottenere un "CONSENSO" che abbia tutti i canoni di validità e che quindi sia: "CONSAPEVOLE, INFORMATO E VERIFICATO".

Qualche consiglio mediato da tre decenni di esperienza sul campo:

La modulistica relativa al CONSENSO non deve essere l'estratto di un trattato di medicina; non deve comunque essere *un'autorizzazione in bianco* per tutto ciò che l'operatore ritiene "giusto" senza che questo "giusto" sia stato *effettivamente compreso e consapevolmente condiviso* dall'AVENTE DIRITTO che deve essere sottoposto al trattamento diagnostico-terapeutico.

Non si abbia timore a *citare con chiarezza le possibili alternative terapeutiche* (p.e. chirurgia tradizio-

fatta, specie se reiterata, in sede giudiziale potrebbe esser vista come un voler sottacere l'esistenza di alternative, invalidando il consenso ottenuto e magari assimilando, con tutte le dolorose conseguenze del caso, la fattispecie di che trattasi *all'assenza del consenso*.

Nei limiti del possibile (lo è quasi sempre), la modulistica deve essere composta da due parti distinte contenenti rispettivamente "L'INFORMAZIONE" e "L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO". Tali parti vanno firmate in tempi diversi (se il caso lo consente in date diverse), con intervallo tra informazione ed acquisizione del consenso bastevole a consentire all'AVENTE DIRITTO di poter riflettere, ponderare, confrontarsi acquisendo ulteriori pareri, giungendo quindi all'acquisizione del CONSENSO "con consapevolezza", "sicuramente informato". Per altro la diversità

Sarebbe opportuno che la modulistica adottata prevedesse qualche parte da scrivere a mano (in epoca informatica *i passaggi importanti scritti a mano connotano la personalizzazione dell'informazione* e conseguentemente danno l'idea che la firma non sia stata apposta con leggerezza ma che si sia dedicato il tempo "dovuto" sia all'informazione che all'acquisizione del consenso).

Non è la regola, ma è sempre meglio, almeno durante la fase di informazione, che il medico venga accompagnato da una seconda figura sanitaria (p.e. un infermiere) il quale, se presente, dovrà firmare formalizzando quindi anche la sua pre-



senza.

Sembra opportuno concludere o forse *iniziare* la riflessione sulla infungibilità del CONSENSO (consapevole, informato e verificato) con una frase della celebre antropologa **Margaret Mead** (1901 - 1978):

"un tempo, coloro che avevano l'abilità di curare, avevano anche il diritto di uccidere, talché la separazione dell'abilità di curare dal diritto di uccidere è un fatto nuovo"

Vito C.M. Milisenna



nale versus chirurgia videolaparoscopica), anche se tale tecnica non è da Voi eseguibile (p.e. per mancanza di idonea attrezzatura e/o specifica esperienza); una *dimenticanza* di tal

delle date ed il lasso di tempo tra le stesse intercorso, connotano la "verifica" che l'avente diritto abbia appieno compreso il trattamento cui deve essere sottoposto.



Deposizione dalla croce (E. V. Biagiardi - 1885 - Caltanissetta)