

Ormai è coscienza comune che il consenso del paziente, necessariamente preceduto da una sua corretta informazione, non può limitarsi alla sottoscrizione di un modulo di poche righe volte a fornire uno scarico da ogni responsabilità per i sanitari interessati

## Consenso informato: quando il paziente vuole sapere



Marco Perelli Ercolini,  
Consigliere Empam (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri);  
Consigliere Nazionale e  
Presidente Regionale Lombardia Federspev (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove)

Il consenso informato per un atto medico compie quasi cento anni. Infatti il primo informed consent risalente al 1914, si verificò negli Stati Uniti (durante il caso Schloendorff), con il giudice Cardozo: un chirurgo avendo eseguito una operazione senza il consenso del paziente è stato ritenuto colpevole nel suo comportamento dalla giustizia Usa per aver commesso una violenza personale in base al principio che *“ogni essere umano adulto e capace ha il diritto di determinare cosa debba essere fatto con il suo corpo e un chirurgo che effettua un intervento, senza il consenso del suo paziente, commette una aggressione per la quale egli è perseguibile per danni”*.

### In Italia

Nel nostro Paese la prima pronuncia in merito avvenne alla fine degli anni Trenta, quando il diritto alla salute veniva preso in considerazione come strumento di tutela della salute pubblica e non come diritto individuale della persona (Corte d'Appello di Milano, 18 aprile 1939): *“il medico deve ottenere il consenso del paziente prima di iniziare ogni cura ed operazione”*.

In seguito nel 1957 (caso Salgo - paziente rimasto paralizzato dopo un'aortografia) scaturisce il principio del dovere del medico di comunicare al paziente ogni fatto necessario a

formare la base di un consenso al trattamento. La Corte di Appello della California riconobbe che il medico può essere ritenuto responsabile delle conseguenze dannose riportate dal paziente in seguito all'intervento, qualora non lo abbia in precedenza adeguatamente informato: il chirurgo ha due doveri: il primo è quello di rivelare al paziente tutto quanto attiene alle modalità e agli effetti dell'intervento e il secondo è quello di ottenere da questi un "informed consent".

Qualche anno dopo un'altra Corte americana condannò un medico per "non aver seguito l'obbligo di informare e spiegare al paziente, con linguaggio necessariamente semplice, la natura del male, del trattamento proposto, la probabilità di successo e i rischi di risultati sfavorevoli e di condizioni impreviste".

### La dottrina dell'informed consent

Inseguito a varie altre sentenze negli anni '70 venne così introdotta in America la dottrina dell'*informed consent* come nuova regola per i normali rapporti medico-paziente. In Italia alla fine degli anni Ottanta - primi anni Novanta col processo al chirurgo di Firenze si incominciò a parlare della necessità di un consenso all'atto medico diagnostico-terapeutico previa adeguata informazione: il rapporto medico-paziente passava così dal paternalismo benevolo per configurarsi come contratto d'opera per una condotta condivisa in una alleanza terapeutica in cui il medico, che ha il dovere di curare, propone al paziente, che ha la libertà decisionale, la

# Responsabilità e Assicurazione

## Le regole base del consenso informato

- deve essere espresso da individuo capace di intendere e di volere;
- un consenso senza un'adeguata, completa e reale informazione non è considerato valido;
- deve essere: personale, esplicito, specifico, consapevole, libero, preventivo, attuale;
- l'informazione deve essere: veritiera, completa, compresa;
- può essere sempre revocato;
- non è valido se diretto a richiedere o ad assecondare la elisione di beni indispensabili quali la vita o l'integrità fisica;
- incombe su tutti i medici in base alla loro specifica attività;
- si può prescindere in caso di necessità (urgenza inderogabile ai fini della vita);
- il consenso informato anche se presunto non è mai implicito;
- la legge prevede l'acquisizione scritta solo per le trasfusioni di sangue o emoderivati, nei trapianti, nella sperimentazione, nella privacy, negli accertamenti da Hiv, nei trattamenti radianti, tuttavia l'acquisizione scritta può valere come prova dell'avvenuto consenso (mpe - 1998).

propria condotta diagnostica terapeutica illustrando le varie fasi diagnostico-terapeutiche e le eventuali alternative e insuccessi e solo dopo il consenso del paziente è legittimato ad agire: il medico si impegna alla informazione e il paziente, reso cosciente, si affida alla competenza del medico.

### Un bisturi come un coltello

Il bisturi usato senza il consenso può essere equiparato a un coltello, l'“aggressione” nell'atto medico viene legittimata col consenso del paziente. L'unica condizione nella quale il sanitario è esonerato dall'obbligo di acquisizione del consenso è quella contemplata nell'art. 54 del codice penale (stato di necessità): *“non è punibile chi ha commesso il fatto per essere stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo”*.

Questa nuova impostazione culturale non è stata facile: agli inizi il medico ancora avvolto dal rapporto paternalistico: riteneva disumano dire al proprio paziente determinate condizioni morbose di male imperdonabile. Era umano dire a un malato “tu hai un cancro?”. L'evoluzione culturale del cittadino con pretese di guarigione fa sì che l'atto medico che presuppone “una prestazione di

mezzi”, secondo le regole del buon padre di famiglia e “non una garanzia di risultato”, venga visto in una ottica spinta al successo assoluto: ma va ricordato che il medico può solo dare una buona prestazione secondo scienza e coscienza, ma non garantire l'immortalità. Ora il paziente vuole sapere. Solo pochi hanno paura di sapere. Ormai è coscienza comune che il consenso del paziente, che deve necessariamente essere preceduto da una sua corretta informazione, non può limitarsi alla sottoscrizione, che a volte si richiede in modo quasi furtivo e nella più grande indifferenza sia di chi lo propone, sia di chi lo sottoscrive, di un modulo di poche righe volte a fornire uno scarico da ogni responsabilità per i sanitari interessati.

Su un argomento così importante dove sono stati versati fiumi di parole però non vi sono norme di legge specifiche di comportamento, ma è stata solo la dottrina giurisprudenziale a tracciare delle linee nel rispetto dei canoni costituzionali dei diritti della persona, della libertà personale e del diritto alla salute con puntualizzazioni nel Codice di deontologia medica.

**Marco Perelli Ercolini,**

Consigliere Empam (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri);  
Consigliere Nazionale e Presidente Regionale Lombardia Federspev  
(Federazione Sanitari Pensionati e Vedove)