



Il problema del consenso informato

"I medici, che nel passato ne hanno poco sentita l'esigenza deontologica e giuridica, oggi lo includono nel proprio Codice di Deontologia Medica [...] e si impegnano ad ottenerlo dai loro pazienti. Ma nel contempo lo riguardano con apprensione dall'interno di quel girone nel quale il contenzioso giudiziario li ha immersi in un clima di sorpresa, di timore e di sofferenza crescenti".

Fiori, 1999

	<p>L'evoluzione storica del "consenso" consente di rilevare come, già nel 1921 (epoca in cui vigeva il Codice Zanardelli), il Grispigni teorizzava con estrema chiarezza come "un trattamento medico-chirurgico, compiuto bensì secondo le regole dell'arte medica, ma senza il valido consenso del paziente o del suo rappresentante legale, costituisce - a meno che non si verta in stato di necessità - un fatto civilmente illecito e, dal punto di vista penale, <u>se l'esito dell'operazione è sfavorevole, costituisce il delitto di lesione personale o di omicidio colposo, mentre se l'esito è favorevole può dar luogo, ove concorrano altre circostanze, a un delitto contro la libertà"</u>.</p>
	<p>Grispigni F.: La volontà del paziente nel trattamento medico-chirurgico. La Scuola Positiva. I: 493, 1921.</p>

	<p>L'attività sanitaria si configura nella realizzazione di "trattamenti sanitari" che da C. Puccini vengono definiti come:</p> <p><u>"atti che il medico compie sulla persona, secondo le regole della scienza e dell'esperienza, allo scopo di <u>giovare alla salute</u> o ad altro fine utile e lecito"</u>.</p>
	<p>Tali atti, posti in essere dai professionisti della salute (D. Rodriguez), sono mirati alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> → prevenzione; → diagnosi e terapia; → riabilitazione; → medicina legale.

	<p>Tali atti (trattamenti sanitari) possono essere distinti in:</p> <p>Obbligatorî</p> <p>Art. 32, 2° comma, della Costituzione "Nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti di rispetto della persona umana".</p> <p>La "potestà di curare" è oggi limitata ai T.S.O. ed allo "stato di necessità".</p> <p>Art. 54 del Codice penale. Stato di necessità "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo ...".</p> <p>Nei T.S.O. la legittimità dell'atto medico non deve mai prescindere dall'informazione e dalla consapevolezza del cittadino onde attenuare il carattere coattivo e coercitivo dello stesso.</p>
--	--

	<p>Volontari</p> <p>- relazione tra la "potestà di curare"/"libertà di curare" e la "libertà di essere curato"</p> <p>- "contratto di opera intellettuale" che si configura nella relazione medico/paziente</p> <p>Come a dire che non si tratta solo di "curare" il paziente, ma soprattutto di "prendersi cura" dell'uomo-paziente assolvendo, così, al fondamentale dovere di solidarietà dell'arte medica.</p> <p>L'informazione è parte integrante della relazione medico/paziente e, quindi, del "contratto d'opera".</p> <p>Non è finalizzata solo al "consenso al trattamento sanitario" (Tribunale di Pordenone 1992 e Cassazione penale n° 431 del 21.03.1997) ma anche alla conoscenza del proprio "stato di salute" per una valutazione di "capacità di prestazione".</p>
--	--

LA LIBERTA' PRESCRITTIVA

La "libertà prescrittiva" rappresenta uno degli aspetti della "libertà professionale" e connota fundamentalmente il corretto rapporto contrattuale tra la "potestà di curare" ed il "consenso dell'avente diritto" ad essere informato e curato.

I confini della "libertà prescrittiva" sono rappresentati da:

- 1. SPERIMENTAZIONE**
- 2. TERAPIE NON RICONOSCIUTE VALIDE SUL PIANO SCIENTIFICO**
- 3. CONSENSO INFORMATO**
 - **Informazione (consapevolezza della diagnosi o del sospetto diagnostico ed indicazioni terapeutiche)**
 - **Consenso dell'avente diritto**

Definita come libertà nell'uso di mezzi

diagnostici e terapeutici, non deve essere intesa dal medico quale "liceità" di sperimentazione, empirismo e soggettivismo.

La libertà prescrittiva è argomentazione della dottrina medico-legale che investe aspetti etico-deontologici ed ambiti penalistici, civilistici ed anche organizzativo-amministrativi.

	<p>L'esercizio professionale della medicina e chirurgia - che ha come presupposto irrinunciabile la potestà di curare o, meglio, del "<u>come curare</u>" - non può essere "solo e semplicemente" vincolato da regole e "linee guida", anche se emanate dal Ministero della Sanità o dalle diverse Società scientifiche; esso necessita innanzitutto del possesso della migliore "professionalità" che è caratterizzata, in particolare, dalla "perizia" che deriva da un continuo aggiornamento e dalla partecipazione a corsi di 'aggiornamento', di 'perfezionamento' e/o di "specializzazione" che non devono essere "mero assorbimento di nozioni scientifiche", ma stimolo alla applicazione di esse in un continuo rapporto medico/paziente.</p>
--	--

	<p>La "libertà prescrittiva farmacologica" può essere così articolata:</p> <p>1) ATTIVITA' PRIVATA NON CONVENZIONATA Nessun condizionamento economico (costo - benefici) Limiti: <u>consenso - no sperimentazione</u> Protocolli terapeutici o linee guida Terapie alternative</p> <p>2) OSPEDALIERA PUBBLICA / OSPEDALITA' PRIVATA Condizionamento economico (costo - benefici) Consenso e sperimentazione Protocolli terapeutici o linee guida Non possibilità di terapie alternative</p> <p>3) SPECIALISTICA AMBULATORIALE Condizionamento economico (costo - benefici) Consenso e sperimentazione Protocolli terapeutici o linee guida Non possibilità di terapie alternative</p>
--	--

Questa "libertà" è oggi caratterizzata da una "nuova criteriologia di prescrizione" (inerente l'efficacia, la qualità, il contenimento della spesa, l'allocazione delle risorse, le indicazioni della CUF, ecc.) che hanno delimitata, almeno in ambito pubblico, la "libertà prescrittiva del medico" indirizzandola verso una strada di una "nuova e diversa cultura della prescrizione": quella dei "parametri" (efficacia di un trattamento, costo, rapporto costo - beneficio, rapporto rischio - beneficio) che, per molti versi, contengono le scelte prescrittive del medico.

Tuttavia non ci nascondiamo - sul piano dottrinario e giurisprudenziale - come oggi sempre più l'applicazione di "linee guida" venga a rappresentare una valida "difesa" nell'ambito della dimostrazione di una "corretta ed adeguata condotta diagnostica e terapeutica" nel mentre la non applicazione di esse comporta che ricada sul medico l'onere della prova dell'omessa applicazione delle stesse.

Nell'ambito dell'esercizio professionale nel S.S.N. seguire questi nuovi indirizzi della "prescrizione" viene riconosciuto, oggi, quale "diritto/dovere" del medico nei confronti della struttura pubblica e dell'utenza a cui si rivolge e, pertanto, diviene una condizione irrinunciabile per la quale necessita che lo Stato - e per esso il S.S.N. - ne determini i livelli organizzativi e formativi.

Appare evidente come, in questi anni, si sia passati da una libertà prescrittiva del medico ampia ed incondizionata ad una libertà prescrittiva con sempre maggiori limiti e vincoli; in altre parole la "potestà di curare" si deve oggi ispirare sempre più a canoni di conoscenza e di professionalità che favoriscano l'integrazione e la ricomposizione del binomio "secondo scienza e coscienza" che deve sempre ispirare il "comportamento professionale" dei medici, nel rispetto della tutela di quei diritti personali e sociali che sono in parte regolati dalla legge vigente ed in parte dall'etica medica.

E, quindi, nel citare un aforisma caro al mio maestro, prof. Goffredo Sciaudone, che "il rapporto medico - paziente è da un lato una competenza che si offre e dall'altro una fiducia che si dona",

alla luce di quanto detto, appare evidente di come sia necessario, quantomeno, aggiornarlo affermando che "il rapporto medico - paziente è, oggi, da un lato una professionalità che si offre 'in scienza e coscienza' (di qui la necessità dell'aggiornamento) e dall'altra di una fiducia che almeno inizialmente continua ad essere donata nella consapevolezza, tuttavia, da parte del paziente della possibilità di una rivalsa in ambito giudiziario laddove questo rapporto sfoci in una ipotesi di errore tecnico".

Linea guida relativa all'informazione finalizzata al consenso per gli interventi chirurgici

(secondo le indicazioni della sentenza della Cassazione Civile, Sez. III, del 15\01\97, n° 361)

- portata dell'intervento (natura, durata, necessità, finalità);
- grado di difficoltà;
- effetti conseguibili;
- eventuali rischi;
- eventuali scelte alternative.

Elementi di informazione da fornire al paziente per la promozione del consenso

(Artt. 33-34-35 Codice di Deontologia Medica, 2006)

- diagnosi;
- prognosi;
- prospettive;
- eventuali alternative diagnostico-terapeutiche;
- prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico nell'informare il paziente dovrà tener conto delle sue capacità di comprensione al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Art. 50 del Codice penale.

Consenso dell'avente diritto: "non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto con il consenso della persona che può validamente disporne".

Art. 54 del Codice penale.

Stato di necessità: "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo ...".

**Codice di Deontologia Medica 2006
Art. 33 - Informazione al cittadino**

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico 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.

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

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

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

Codice di Deontologia Medica 2006
Art. 34 - Informazione a terzi

L'informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 10 e all'art. 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.

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

Codice di Deontologia Medica 2006
Art. 35 - Acquisizione del consenso

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

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o

terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

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

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

Art. 36
Assistenza d'urgenza -

Allorché sussistano condizioni di urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile.

Art. 37
-Consenso del legale rappresentante -

Allorché si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.

<p>La Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina di Oviedo del 1997 (ratificata con la Legge 145/2001) prevede all'art. 5 che:</p> <ul style="list-style-type: none">→ ogni intervento in campo sanitario vada realizzato solo dopo l'acquisizione di un consenso libero ed informato;→ informazione su natura e scopo dell'intervento con relative conseguenze e rischi;→ il consenso è sempre revocabile. <p>All'art. 10</p> <ul style="list-style-type: none">→ ogni persona ha diritto a conoscere tutte le informazioni relative alla propria salute;→ la volontà a non essere informata deve essere rispettata.

<h2>CARATTERISTICHE DELL'INFORMAZIONE</h2>
<ul style="list-style-type: none">✓ comprensibile;✓ semplice;✓ adeguata al livello culturale ed intellettuale del paziente.

**CONDIZIONI FONDAMENTALI CHE QUALIFICANO IL
CONSENSO INFORMATO SECONDO IL COMITATO
NAZIONALE DI BIOETICA**

- a) qualità della comunicazione e dell'informazione;
- b) comprensione dell'informazione;
- c) libertà decisionale del paziente;
- d) capacità decisionale del paziente.

STANDARDS DI INFORMAZIONE PROPONIBILI

- Standard di tipo "professionale": è necessaria un'informazione che soddisfi il criterio della correttezza tecnica secondo lo stato delle conoscenze mediche sino a quel momento maturate dalla comunità scientifica. Tale standard è gravato dal rischio di sostanziali incomprensioni nel destinatario dell'informazione, non avvezzo alle terminologie e ai concetti scientifici propri della medicina.

STANDARDS DI INFORMAZIONE PROPONIBILI

- Standard di tipo "medio": l'informazione dovrebbe essere rapportata a quanto una persona ragionevole vorrebbe conoscere e potrebbe comprendere della procedura medica che lo riguarda.

Se ne avvantaggerebbe il livello divulgativo dell'esposizione ma con le incertezze e le ambiguità legate alle nozioni di "ragionevole" e "medio".

STANDARDS DI INFORMAZIONE PROPONIBILI

- Standard di tipo "soggettivo": va detto ciò che il paziente vuole o può comprendere o ciò che si ritiene di maggiore significato per lui.

Si realizza in tal senso una personalizzazione dell'informazione, filtrata, tuttavia, attraverso un'attività discrezionale del medico.

Vantaggi e rischi degli standards informativi proposti dal C.N.B.

Standard	Vantaggi	Rischi
Professionale	correttezza	incomprensibilità
Medio	divulgazione	ambiguità
Soggettivo	specificità relazionale	deformazione contenuti

Criteri per l'accertamento della capacità di comprensione del paziente

- il soggetto è in grado di comunicare con i curanti;
- dà segni esteriori di aver compreso l'informazione e di essere pronto a decidere;
- intende le alternative e ne capisce la natura;
- dà risposte dotate di coerenza;
- persiste nelle conclusioni espresse.

Il "consenso" rappresenta sul piano giuridico e medico-legale la "legittimazione giuridica" dell'attività medica e trova nell'art. 50 c.p. e nell'art. 32 della Costituzione la "causa di giustificazione" dell'attività medica mediante l'esclusione della punibilità del soggetto attivo e, quindi, l'antigiuridicità dell'atto.

I requisiti del "consenso informato":

- ✓il soggetto consenziente deve essere il titolare del bene offeso o posto in pericolo;
- ✓in caso di soggetto "minore", "interdetto" o "inabilitato" il "consenso" deve essere espresso dal legale rappresentante;
- ✓in caso di opposizione di quest'ultimo al trattamento necessario ed indifferibile deve essere informata l'Autorità Giudiziaria;
- ✓in caso di soggetto adulto in stato di incoscienza - e non in "stato di necessità" (art. 54 c.p.) - il consenso deve essere espresso dai familiari;
- ✓il consenso è una chiara manifestazione di volontà per cui - pur se possibile che venga espressa "a voce" - appare più opportuno che venga espressa "per iscritto" onde poter dimostrare che la volontà dell'avente diritto si è manifestata in modo incontrovertibile (direttive anticipate);
- ✓il consenso è sempre "revocabile".

	<p><u>MODALITA' DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · <u>Consenso implicito (o tacito)</u>: quando il consenso si considera compreso e sottinteso nella semplice richiesta fiduciaria di prestazione sanitaria per la quale si ritiene che la prestazione sanitaria sia sufficientemente nota al consenziente ed esente da rischi prevedibili (nell'ambito della prestazione stessa o nella conoscenza del suo risultato). · <u>Consenso esplicito (o necessario)</u>: quando la prestazione sanitaria prevede dei rischi per il consenziente nella sua realizzazione o nella conoscenza del suo risultato. In questo caso è necessario che il soggetto richiedente sia preventivamente e correttamente informato di tutto quanto possa derivare dall'esecuzione della prestazione stessa. · <u>Consenso limitato (o specifico)</u>: quando nell'ambito dei possibili risultati che possano derivare dalla prestazione sanitaria il richiedente - opportunamente informato - decide di limitare la conoscenza ad uno o a pochi dei risultati che dall'indagine possono derivare. · <u>Consenso allargato (o generico)</u>: quando dalla prestazione sanitaria possono derivare dei risultati che potrebbero far ritenere utile l'ampliamento dell'indagine diagnostica o della terapia.
--	--

	<p>Il "consenso informato esplicito" - facendo per lo più parte della cartella clinica - presenta le stesse caratteristiche del "certificato medico" che il Puccini definisce come <u>l'atto scritto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica, di cui il certificato è destinato a provare l'esistenza.</u></p>
	<p>Il Gerin lo ha definito come <u>l'attestazione scritta di un fatto di natura tecnica destinato a provare la verità.</u></p>
	<p>L'etimologia di certificato e certificazione è da riportare ai termini latini di "certus" (certo) e "facere" (fare) per cui il Giusti sottolinea come non vi sia alcun dubbio "nel ritenere che ciò che qualifica e caratterizza il certificato è l'attestazione di verità che esso presuppone".</p>

PRINCIPALI NORME LEGALI CHE PREVEDONO IL CONSENSO INFORMATO

- **L. 458/67**: in tema di trapianti di rene.
- L. 194/78: in tema di interruzione di gravidanza.
- L. 164/82: in tema di transessualismo e modificazione del sesso fenotipico.
- **L. 107/90**: in tema di attività trasfusionale del sangue e suoi derivati.
- L. 135/90: in tema di analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV.
- **D.M. 15/1/91**: in tema di donazione di sangue.
- L. 210/92: in tema di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

PRINCIPALI NORME LEGALI CHE PREVEDONO IL CONSENSO INFORMATO

- D.M. 27/4/92: in tema di sperimentazioni cliniche.
- **L. 230/95**: in tema di esecuzione di indagini radiografiche.
- **D.M. 1/9/95**: in tema di emotrasfusioni.
- **D.M. 15/7/97**: in tema di sperimentazione clinica dei medicinali.
- **D.L. 23/98**: in tema di sperimentazioni cliniche in campo oncologico, con particolare riferimento a quella della MDB.
- L. 91/99: in tema di silenzio-assenso nella donazione di organi e tessuti da cadavere.
- L. 482/99: in tema di trapianto parziale di fegato tra soggetti viventi.
- L. 145/01: in tema di protezione dell'uomo dalle utilizzazioni abusive del suo corpo per mezzo di tecniche biologiche o mediche.

TRATTAMENTI SANITARI DESTINATI AI MINORENNI
<p>In linea di massima, ed in base all'attuale ordinamento, nei minori al di sotto dei diciotto anni spetta ai genitori congiuntamente (art. 316, secondo comma c.c.) il diritto-dovere di prestare il consenso a trattamenti medico-chirurgici sul minore.</p>
<p>In caso di lontananza, o di incapacità o di altro impedimento di uno dei genitori, l'esercizio della potestà viene affidato in modo esclusivo all'altro genitore (art. 317 c.c.) che deve dimostrare al medico le motivazioni dell'impedimento.</p>
<p>In caso di grave disaccordo tra i genitori e se sussiste un grave ed imminente pericolo per il figlio, il padre ha il potere di adottare provvedimenti urgenti ed indifferibili, in base all'art. 316 quarto comma c.c.</p>
<p>In caso di 'stato di necessità' il medico interviene anche contro la volontà dei genitori e - se vi è tempo - il Giudice tutelare può provvedere ricorrendo all'art. 330 c.c. (decadenza della potestà sui figli) e all'art. 333 c.c. (condotta del genitore pregiudizievole ai figli).</p>
<p>In caso di separazione o di divorzio viene nominato un genitore affidatario il quale ha piena libertà di decisione.</p>
<p>In mancanza dei genitori il consenso deve essere prestato dal tutore (art. 357 c.c.) che nominato dal giudice tutelare deve esercitare la propria potestà nell'interesse della salute del minore (amministratore di sostegno).</p>

<p>Ricerca del consenso del minore secondo il C.N.B. (Informazione e consenso all'atto medico; 20 giugno 1992)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Impossibilità di un autonomo consenso prima dei 6-7 anni. ❑ Il consenso è in qualche modo concepibile tra i 7 e i 10-12 anni, ma sempre non del tutto autonomo e da considerare insieme con quello dei genitori. ❑ L'età limite per prospettarsi la possibilità di ricevere un effettivo consenso informato sarebbe dunque rappresentata dai 14 anni.

“La mancanza di consenso del paziente, in assenza di assoluta necessità, comporta la responsabilità penale del medico a titolo di lesione volontaria e, quando ne esiti la morte, persino a titolo di omicidio preterintenzionale, nella irrilevanza, sotto il profilo psichico, della finalità curativa insita nella condotta del medico”.

Sentenza della Cassazione Penale, Sez. V, n. 539 del 13 maggio 1992

“L’inadempimento da parte del neurochirurgo al dovere di informazione sui rischi dell’intervento comporta il risarcimento dei danni alla salute patiti dal paziente in seguito all’operazione, anche se viene esclusa la presenza di colpa professionale nella scelta e nella esecuzione del trattamento”.

Sentenza della Corte di Appello di Milano, del 02\05\95

	<p>Nella Sentenza n° 3520/05 (pubblicata il 29.03.2005) del Tribunale di Milano viene ripercorso tutto l'iter sinora delineato e vengono sottolineati i seguenti punti:</p> <p>a) il consenso che non è un atto puramente formale e burocratico, ma è "presupposto indefettibile per un corretto esercizio dell'ars medica" ;</p> <p>b) il diritto del paziente di formulare un consenso informato all'intervento <i>"appartiene ai diritti inviolabili della persona, ed è espressione del diritto all'autodeterminazione in ordine a tutte le sfere ed ambiti in cui si svolge la personalità dell'uomo, fino a comprendere anche la consapevole adesione al trattamento sanitario (con legittima facoltà di rifiutare quegli interventi e cure che addirittura possano salvare la vita del soggetto)";</i></p> <p>c) viene pure chiarito che <i>"il consenso dev'essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra medico e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva e partecipata, non solo cartacea, all'intervento. Esso non è dunque un atto puramente formale e burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito (la violazione dell'integrità psicofisica) in un atto lecito, fonte appunto di responsabilità".</i></p>
--	--

	<p style="text-align: center;">CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 16 DICEMBRE 2006 <u>Art. 38</u> Autonomia del cittadino e direttive anticipate</p> <p>Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.</p> <p>Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.</p> <p>Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.</p>
--	---