

3

Il consenso e la capacità di comprendere del paziente

Jutta M. Birkhoff

L'attuale regola, secondo cui per qualsiasi trattamento sanitario è sempre e comunque necessario il consenso del paziente (fatti salvi il T.S.O. e lo stato di necessità, vedi oltre), non è stata sempre valida. Infatti, in un passato nemmeno tanto lontano, era naturale che, una volta avvenuto il contatto tra malato e medico, vi era la presunzione di un'implicita adesione a ogni tipo di intervento deciso dal sanitario, in quanto il paziente affidava al suo medico l'incarico di cura e accettava di buon grado gli accertamenti e le prescrizioni fattigli.

La dottrina del "consenso informato" ha iniziato a imporsi dopo la seconda guerra mondiale, specialmente con la Dichiarazione di Ginevra del 1948. Con la maggiore consapevolezza da parte del singolo dei propri diritti e specialmente di quello alla salute, si è sempre più andato affermando il principio della centralità dell'autodeterminazione e la volontà del paziente ha acquisito peso sempre crescente, fino a diventare determinante. Ne è conseguito che il rapporto tra medico e paziente è diventato di tipo contrattuale e quindi il primo può unicamente proporre un progetto di cure al paziente, il quale, dopo averlo accuratamente vagliato, deciderà se accettarlo o no.

Infatti, in forza del dettato costituzionale, i trattamenti sanitari sono di norma volontari e quindi il tema del consenso agli stessi diventa uno dei problemi fondamentali nell'operare quotidiano del medico. Il consenso deve fare da ponte tra la facoltà del medico di curare e il diritto del paziente di gestire la propria salute psico-fisica. Le regole dell'etica, della deontologia e le leggi stesse vietano, anche in ambito giudiziario, ogni imposizione dell'atto sanitario, che non sia regolato da una precisa norma. Rispettare la volontà del malato e assecondare, nei limiti del possibile e del lecito, le sue richieste ragionevoli e consapevoli si ispirano ai principi di correttezza e di bene operare che per il medico devono costituire la massima inderogabile di condotta.

In senso tecnico-professionale, per trattamento si intendono tutti quegli atti posti in essere da un esercente la professione sanitaria con finalità di prevenzione, diagnosi, terapia e/o recupero funzionale: in sintesi quan-

to è necessario per assicurare il benessere psichico, fisico e sociale della persona, bene tutelato dall'articolo 32 della Costituzione e ribadito come compito fondamentale del medico dalla deontologia medica¹. Il trattamento mira quindi a un fine preciso e implicito: quello del benessere del paziente. In un senso più ampio, "trattamento" può però anche indicare il comportamento che il medico assume nei confronti del proprio assistito.

Ogni attività medica deve sempre rispettare due limiti fondamentali: uno oggettivo, rappresentato dalla tutela della vita e della salute del paziente, e uno soggettivo, rappresentato dal principio del consenso del soggetto².

La parola "consenso" deriva notoriamente dal latino *consensus* e dal corrispondente verbo "consentire". Il vocabolario lo definisce come incontro di volontà, approvazione di un atto, una conformità, concordia di volontà, giudizi, opinioni, sentimenti e simili, o accordo su un punto specifico, fra due o più persone³. Tutto ciò assume in medicina il significato profondo di provare-insieme, di con-dividere affetti, emozioni, idee e pensieri, nel senso di una comune soluzione da agire, elaborata insieme e serenamente approvata dagli attori della vicenda⁴.

Il consenso è anche stato definito come "quella manifestazione di volontà, con la quale si conferisce ad altri la facoltà di agire in rapporto a un diritto del quale il consenziente ha la disponibilità"⁵.

Da questa definizione consegue che il consenso deve provenire dal titolare di un diritto disponibile, che sia capace di esprimersi coscientemente e liberamente.

È, inoltre, necessario "distinguere il consenso dall'assenso, termini di solito omologati"⁶ e spesso dati come sinonimi dai vocabolari. Assenso è piuttosto da intendersi come semplice benestare, come permesso, mentre il consenso ha un significato più estensivo e cioè quello di incontro di volontà, di alleanza, partecipazione, comunione di intenti, presupponendo quindi l'esistenza di un rapporto "forte" tra medico e paziente.

Il bene della vita, quello della salute e dell'integrità fisico-psichica, in quanto diritti naturali, essenziali, assoluti e come tali indisponibili, irrinunciabili, non trasmissibili e non espropriabili, sono oggetto dei diritti della persona protetti dall'ordinamento giuridico, e spetta quindi unicamente alla persona il potere di agire per il mantenimento o raggiungimento di questi valori. Tuttavia, ogni individuo, poiché ha libertà, autonomia e autodeterminazione di disporre del proprio corpo e della propria salute (entro i limiti però dell'art. 5 c.c., vedi oltre), può rifiutare accertamenti e cure, anche a rischio di gravi conseguenze. In queste situazioni, rispettare le libere scelte del soggetto ha un valore deontologico fondamentale.

I trattamenti sanitari, in quanto incidono direttamente su beni primari della persona, prima di essere attuati, necessitano dunque del valido consenso del paziente, consenso che poggia su precise norme e regole.

Come già detto in precedenza, tutta la dottrina della volontarietà del trattamento e conseguentemente del consenso deriva dall'articolo 32 della Costituzione⁷, il quale, tuttavia, considera anche la possibilità di effettuare un intervento sanitario "per disposizione di legge", sempre comunque nei "limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Questi concetti della volontarietà del trattamento sanitario, come norma, e della possibilità di un intervento "per disposizione di legge", sono oggi disciplinati essenzialmente dagli artt. 33, 34 e 35 della Legge n. 833⁸ del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale sono confluite le disposizioni degli articoli 1-9 della Legge n. 180, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", del 13 maggio 1978.

Con le suddette leggi è stata inoltre sancita la parificazione del sofferente psichico alle altre categorie di malati, anche per meglio favorire un suo inserimento nella società.

La disciplina in vigore ha dato particolare risalto, in un'ottica chiaramente più garantista delle precedenti Leggi n. 36/1904 e n. 431/1968, al profilo della partecipazione consapevole e volontaria anche del paziente psichiatrico alle cure che gli vengono praticate.

Anche in occasione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (T.S.O.), secondo quanto previsto dall'art. 33, 4° comma, della Legge 833/78, si devono comunque mettere in atto tutte le iniziative volte ad acquisire il consenso e la partecipazione del soggetto che vi si deve sottoporre. Per effettuare il T.S.O., in regime di degenza ospedaliera, la condizione essenziale, oltre alla presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti e alla mancanza di possibilità di adottare idonee misure sanitarie extraospedaliere, è la non accettazione del trattamento da parte del paziente.

L'obbligo per un cittadino di subire un trattamento sanitario è quindi subordinato alle seguenti condizioni:

- deve essere previsto e disciplinato con legge ordinaria dello Stato;
- deve rispondere a una reale necessità, giustificata dalla tutela della salute pubblica o finalizzata alla salvaguardia dell'incolumità del paziente;
- deve osservare i limiti imposti dal rispetto della persona, cioè la libertà e la dignità dell'uomo, senza rinunciare alla ricerca del consenso, all'informazione circa il trattamento e a ogni altro e lecito espediente idoneo ad attenuare il carattere coattivo e coercitivo del trattamento effettuato.⁹

L'unico motivo per disporre un T.S.O. psichiatrico è, quindi, l'urgenza terapeutica. In assenza di essa, anche in psichiatria vale sempre la volontarietà dell'adesione al trattamento.

Il T.S.O. viene attuato, oltre che per l'urgenza terapeutica di cui sopra, perché nel soggetto manca la consapevolezza del proprio bisogno di cure, la capacità di recepire le conseguenze di un mancato tratta-

to e quindi la possibilità di operare una scelta valida e motivata. L'intervento obbligatorio rappresenta dunque un estremo tentativo di non abbandonare il paziente a un destino da lui né consapevolmente prescelto né liberamente voluto¹⁰. L'art. 33, 2° comma, della Legge 833/78 mette, inoltre, l'accento sul fatto che questo tipo di trattamento deve comunque essere effettuato "nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso, per quanto possibile, il diritto della libera scelta del medico e del luogo di cura".

Il T.S.O. trova una sua collocazione anche nel Codice di Deontologia Medica e precisamente all'art. 49, 2° comma¹¹ e, per quanto riguarda la fase attuativa, all'art. 78¹².

Esiste un'ulteriore eccezione alla regola del preliminare consenso al trattamento, rappresentata dallo "stato di necessità", situazione che si presenta quando la salute del paziente è in grave e imminente pericolo e l'interessato non è in grado di esprimere un consenso/dissenso valido.

I requisiti stabiliti dalla legge per lo stato di necessità (art. 54 c.p.¹³) sono:

1. l'esistenza di un *pericolo attuale e inevitabile*, il che significa non probabilità o possibilità, ma imminenza;
2. il pericolo riguarda un *danno grave alla persona* e non un altro bene tutelato dalla legge;
3. l'azione messa in atto dal medico, oltre a essere mirata a salvare dal pericolo, deve essere *proporzionata a quest'ultimo* (non deve cioè comportare conseguenze più gravi di quelle minacciate e che la prestazione sanitaria intende impedire).

Il Codice di Deontologia Medica prevede invece lo "stato di urgenza" e all'art. 35 disciplina il comportamento che il medico deve tenere¹⁴.

Il termine "condizione di necessità", che giustifica l'intervento, è infatti, più giuridico che medico ("necessità di salvare sé o altri da pericolo attuale di un danno grave alla persona", art. 54 c.p.), condizione da riferirsi, nell'ambito concreto della psichiatria, anche a condotte pericolose riconducibili a espressione sintomatica di malattia mentale.

Il termine di "condizione di urgenza" è, invece, dizione più medica, e indica quelle situazioni in cui l'omettere o il ritardare un adeguato intervento potrebbe comportare serie conseguenze per l'integrità psico-fisica del paziente: esempi ne potrebbero essere la minaccia o l'attuazione di comportamenti autolesivi, il rifiuto perdurante dell'alimentazione, ma anche l'aggravarsi significativo di uno stato di sofferenza psichica; il termine "condizione di urgenza" va quindi ben oltre una situazione di pericolosità ad altri o a sé diretta.

In queste condizioni, si potrà intervenire anche prescindendo dal consenso del paziente, sempre che questi versi in condizioni di "grave turbamento intellettuale", condizioni che possono riguardare sia i quadri morbos afferenti primariamente la sfera intellettuale (ritardo mentale e de-

menza), sia tutte le situazioni in cui è compromessa la "coscienza di malattia" con una seria alterazione del giudizio e della critica, stati, quindi, in cui risulta abolita ogni capacità di riconoscere l'aspetto abnorme di convinzione, atteggiamenti emotivi, comportamenti e atti volitivi.

In queste evenienze il medico è chiamato ad agire secondo "scienza e coscienza": grazie alla scienza, deve riconoscere il carattere morboso dell'atteggiamento del paziente, mentre la coscienza gli impone la necessità di intervenire a favore del malato, rispettandone però la libertà di compiere eventuali atti incongrui, azioni non condivise e, se veramente libere, anche per sé dannose¹⁷.

In ambito strettamente psichiatrico, viene inoltre fatta una distinzione fra "urgenza", definita come "una situazione acuta e grave che richiede un intervento terapeutico immediato" ed "emergenza", intesa come "una situazione in cui non si assiste tanto a un peggioramento del paziente o a uno scompenso acuto, quanto piuttosto alla rottura di un equilibrio con l'ambiente"¹⁸; in questo caso saremmo di fronte a uno scompenso nelle relazioni e quindi a una situazione di emergenza sociale.

A prescindere dalle eccezioni appena descritte, in cui può non essere possibile ottenere un valido consenso, i trattamenti sanitari possono attuarsi unicamente in base a precisi presupposti giuridici e deontologici.

Come ripetutamente menzionato, è anzitutto la Costituzione che sostiene e avalla l'esigenza del consenso dell'interessato a ogni intervento medico. Lo Stato tutela la salute dei cittadini come un diritto fondamentale, un bene inalienabile da proteggere e privilegiare *erga omnes*. La salute del singolo è in ogni modo anche (e con pari rilevanza) un "interesse della collettività".

L'art. 32 della Costituzione, 2° comma, sancisce, infatti, che "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", dove verrebbe tutelato, oltre il singolo, anche la collettività. È qui posto in evidenza il principio dell'invulnerabilità della libertà della persona, che comprende anche quella di salvaguardare la propria integrità e salute psico-fisica (art. 13, 1° comma, Cost.¹⁹). Essendo ogni persona depositaria di questo diritto inviolabile, preliminarmente a ogni tipo di accertamento e di intervento sono il dovere di informare (per il terapeuta) e il diritto di consentire (per il paziente). Un intervento senza un valido consenso lede in primo luogo la libertà di decisione del paziente e con questa l'integrità della sua sfera corporea.

Senza un valido consenso del paziente, il medico può incorrere in responsabilità di carattere penale e disciplinare, oltre che civilistico quanto all'obbligo del risarcimento del danno arrecato nel corso di un intervento da questo non acconsentito.

Nell'ambito di cui si sta trattando, si deve anzitutto considerare l'art. 50 del codice penale, che giustifica l'intervento se vi è il "consenso dell'aveente diritto"¹⁸, dove l'"aveente diritto" a esprimere il consenso, in via

generale, è da intendersi una persona che può validamente disporre, e cioè un soggetto in possesso sia della capacità di agire, quindi maggiorenne, sia di idonea capacità di intendere e di volere.

Il soggetto "aveente diritto" non può però disporre in modo illimitato del bene dell'integrità fisica, infatti il codice civile, all'art. 5, ne pone i limiti¹⁹.

Il principio della limitata disponibilità del proprio corpo è anche contemplato dal codice penale e precisamente all'art. 579 che punisce l'omicidio del consenziente²⁰, essendo indisponibile il bene della vita.

Senza il consenso, il medico potrebbe essere incolpato del reato di violenza privata (art. 610 c.p.²¹), in quanto coarterebbe la volontà del soggetto passivo, costringendolo ad attuare dei comportamenti dallo stesso non voluti.

Più specificatamente per i casi di eventuale invalidità del consenso reso dall'aveente diritto, potranno essere di grande utilità pratica anche le disposizioni contenute al punto 3 dell'art. 579 c.p., nelle distinte ipotesi del consenso estorto con violenza, minaccia o suggestione (vedere l'enorme potere di suggestione di cui dispone il medico nei confronti di una persona malata e i toni minacciosi cui spesso deve fare ricorso nel tentativo di aumentarne la *compliance*), ovvero carpito con l'inganno.

Ultimo articolo del codice penale che potrebbe essere preso in considerazione è l'art. 613 "stato di incapacità procurato mediante violenza"²².

Per ritornare in ambito più strettamente sanitario si ricorda il già citato art. 33, 1° e 5° comma della Legge 833/78, che stabilisce che gli accertamenti e trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Anche la deontologia medica dà rilievo al consenso informato del paziente, disciplinandolo agli artt. 32, 33 e 34²³.

Il consenso deve quindi, di norma, essere sempre richiesto, nel rispetto anche della libertà morale del soggetto e del suo diritto di autodeterminazione, che sono parte integrante della libertà personale che è inviolabile (art. 13, 1° comma, Cost.). Chiedere il consenso al paziente significa quindi tutelare questo suo diritto alla libertà, essendo il solo a poter decidere se permettere o no che terzi intervengano sul suo corpo.

Perché un consenso sia ritenuto valido deve essere:

- *personale*, ovvero non è ammessa la rappresentanza di terzi, tranne nei casi di soggetti minori degli anni 18 o sottoposti a tutela a seguito di provvedimenti di interdizione per infermità di mente. Il soggetto in grado di dare un consenso deve avere la capacità di agire e essere in condizioni di intendere e di volere. In assenza di consenso personale o qualora non venga rispettata la volontà contraria del paziente, il medico può incorrere nel reato di violenza privata (art. 610 c.p.) o di stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 c.p.);
- *libero e spontaneo*, frutto cioè di una scelta non condizionata o viziata direttamente o indirettamente, da pressioni esercitate dall'am-

biente o da terzi, una scelta pertanto libera da coartazione, inganno o errore;

- *consapevole*, basarsi, cioè su un'adeguata informazione fornita dal medico. Al divieto di intervenire sul malato senza il suo consenso, è connesso, infatti, l'obbligo del sanitario di informarlo sulle condizioni della sua salute e in ordine al trattamento da praticare. L'informazione del paziente adulto e cosciente deve quindi essere attenta, compiuta e personalizzata, dispiegarsi nell'illustrazione semplice e corretta della patologia in atto, delle scelte programmate tanto ai fini diagnostici che terapeutici prescelti (rischi non estremamente latenti, ma concreti), delle eventuali alternative; in caso di necessità e urgenza l'informazione può essere semplificata; nel caso di incoscienza del paziente, il consenso deve essere espresso da chi ha la tutela dell'infermo. La mancata o difettosa informazione costituisce motivo di nullità o difetto del consenso tanto da potersene avere riflessi giudiziari;
- *attuale*, ovvero essere dato al momento della prestazione sanitaria e permanere per l'intera durata della stessa, il che significa che non è ammesso un eventuale consenso dato in precedenza, anche se riferito a uno stesso tipo di trattamento. Il consenso va quindi richiesto ogni volta, potendo essere in qualsiasi momento revocato dal paziente stesso;
- *gratuito* (requisito valido in modo particolare per i trapianti d'organo e in caso di sperimentazione);
- *manifesto*, cioè chiaramente espresso nei suoi contenuti, non essendo sufficiente un consenso tacito o, ancor meno, l'assenza di dissenso. La sua espressione deve essere recepita in modo inequivocabile dal medico, non potendo essere ritenuto implicito nel solo fatto che il paziente lo consulti;
- *richiesto* dal medico il quale ha il dovere di fornire tutti gli elementi necessari perché le caratteristiche del consenso siano rispettate;
- *recettizio* (art. 1334 c.c.) perché ha effetto nel momento in cui il medico destinatario ne viene a conoscenza.

Il consenso non deve infine essere contrario all'ordine pubblico o al buon costume.

In presenza di un dissenso consapevole del paziente o del tutore, il sanitario deve desistere dall'attuazione di qualsiasi tipo di prestazione.

Essendo questi i presupposti del consenso informato, questi devono essere validi anche in campo psichiatrico, dal momento che, come più volte detto, il sofferente psichico è posto sullo stesso piano di un qualsiasi altro paziente e quindi anche lui dovrebbe sempre dare il proprio consenso al trattamento (fatte salve le eccezioni di cui sopra²⁴), consenso da considerare valido, fino a prova contraria. Anche in psichiatria è quindi importante la valorizzazione delle cure volontarie da parte di chi necessita di idonea terapia.

In base alle normative, anche in questa situazione si interviene su di una persona presuntivamente considerata capace di intendere e di volere e quindi in grado di esprimere un valido consenso, frutto di una valutazione delle proprie condizioni di salute e della consapevolezza dell'utilità della cura.

È sicuramente vero che la malattia non annulla sempre in modo totale la capacità di un soggetto malato psichico; egli può quindi essere perfettamente in grado di operare scelte valide.

Il consenso in ambito psichiatrico assume spesso connotazioni dense di ambiguità e del tutto singolari, visto le peculiarità della situazione psichica nella quale versa il soggetto, che spesso può porre in dubbio la validità del consenso o del dissenso manifestati. In psichiatria non sono rari i casi in cui un trattamento inizia senza che vi sia un valido consenso, essendo gli spazi di autonomia del paziente più o meno compromessi ed è proprio su questi spazi residui di libertà che il trattamento si incentra, affinché un iniziale semplice assenso possa in seguito trasformarsi in vero e proprio consenso.

Il consenso può, a volte, essere inficiato dalla malattia mentale stessa e il medico deve essere in grado rendersene conto e tentare, con tutte le iniziative possibili, nel rigoroso rispetto delle norme deontologiche e giuridiche e dei diritti della persona, di trasformare un eventuale iniziale semplice assenso o rifiuto alle cure in un consenso valido.

Data la peculiarità dello stato soggettivo del malato, il medico dovrà quindi preoccuparsi di accertare che il consenso dato sia reale e valido, ossia provenga da persona autonoma nella propria decisione, e che, inoltre, la volontà consenziente permanga per tutta la durata del trattamento.

Se il medico verificasse che in realtà lo stato di alterazione mentale del malato è tale da non garantire tali condizioni, o comunque avesse dubbi al riguardo, dovrebbe astenersi dalla pratica del trattamento, oppure interrompere ogni intervento qualora percepisse la non permanenza di un precedente consenso. Certo, in questo caso, se la situazione del paziente apparisse di gravità tale da esigere una terapia urgente, onde evitare possibili gesti inconsulti contro se stesso o terzi, il medico potrebbe intervenire, essendo chiaramente giustificato da uno stato di necessità. Se l'urgenza fosse poi compatibile con i tempi necessari a ottenere, ai termini di legge, l'emissione di un provvedimento del sindaco che dispone il trattamento in questione, il medico dovrebbe immediatamente attivare il relativo procedimento²⁵.

L'essenza del consenso informato è lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e della fiducia attraverso la reciproca partecipazione del terapeuta e del paziente²⁶. Nel caso del paziente psichiatrico, che subisce facilmente pressioni da parte di terzi sulla sua capacità decisionale, essendo spesso fragile, influenzabile e manovrabile, ottenere un valido consenso può risultare molto difficoltoso.

Ma riprendiamo le caratteristiche generali del consenso, per rapportarle all'ambito psichiatrico.

a. Il consenso deve essere personale

Il paziente deve quindi decidere da solo. Senza dubbio, ciò è particolarmente valido in ambito psicoterapico, dove il malato non può subire passivamente la terapia, ma deve attivamente e consapevolmente parteciparvi.

Notoriamente succede di frequente che il paziente psichiatrico consulti il medico unicamente su sollecitazione di terzi, specie della propria famiglia che vive, percepisce e teme lo "strano comportamento" del congiunto, o cerca di allontanarlo perché crea disagio. La famiglia, spesso, spoglia completamente il parente sofferente di ogni responsabilità e possibilità decisionale, gestendogli tutta la vita, compresa la salute. In questi casi la relazione con il paziente si basa più che altro su un assenso. A volte, anche il medico si lascia investire del ruolo di "tutore" del suo paziente, percepito come "incapace".

Sono, invece, meno frequenti le situazioni in cui è il paziente stesso a richiedere il trattamento, mentre altre volte, soggetti con patologia psicotica, magari con deliri o allucinazioni, possono consultare il medico, unicamente per ricevere conferme alle loro "idee" e non per porvi rimedio, oppure chiedono di essere sottoposti a esami e accertamenti assolutamente fuori luogo, situazioni in cui non si può certo parlare di un avvenuto consenso personale.

Il problema della richiesta personale non si pone certamente di fronte a un soggetto interdetto (ex art. 414 c.c.²⁷), nel qual caso il consenso va richiesto al legale rappresentante, anche se il medico non è esonerato dall'informazione dell'avente diritto; diversamente accade nei confronti di un soggetto inabilitato (ex art. 415 c.c.²⁸), che per legge può esprimere il suo consenso alle cure e agli accertamenti; ancor diversa è la situazione quando la persona interessata ha chiesto la nomina di un amministratore di sostegno²⁹. Inoltre, talvolta, si deve affrontare un paziente in condizioni psichiche gravi, ma non per questo interdetto, condizioni in cui il medico deve rispettare la volontà del malato, fatte salve le evenienze che necessitano un T.S.O. oppure lo stato di necessità.

b. Il consenso deve essere libero e spontaneo

Per decidere liberamente, consapevolmente e spontaneamente, il soggetto deve potersi autodeterminare, essere cioè in grado di decidere autonomamente nel proprio interesse. È necessario quindi che egli sia libero nelle sue decisioni, consapevole e conscio delle premesse e conseguenze dei propri atti, requisiti questi che il medico deve accuratamente

te valutare, posto che egli possa e sia in grado di prendersi il tempo necessario per creare una valida comunicazione interpersonale.

Già si è detto che, spesso, il paziente non richiede spontaneamente aiuto, ma, spinto da pressioni esterne, accetta quasi passivamente la cura del medico. Inoltre ci si deve chiedere fino a che punto un soggetto con particolari tipi di sofferenza psichica (disturbi con alterazioni della coscienza, schizofrenia, disturbi psicotici, demenze) sia libero di decidere in merito a un trattamento.

Per quanto riguarda la libertà del consenso, il medico deve inoltre tenere presente che, in psichiatria, la "dipendenza" o l'"oppositività terapeutica" tendono a essere più intense che non in altre situazioni cliniche.

c. Il consenso deve essere consapevole

Essere consapevole significa sapere, essere informati e edotti su qualche cosa, comprendere e rendersi conto di un fatto o di una situazione. Per potere prendere una decisione consapevole, è preliminarmente necessaria un'adeguata informazione sul fatto o sulla situazione.

Informare il paziente circa la sua salute è la premessa indispensabile, affinché egli possa decidere se aderire o no alle proposte fattegli. Circa le difficoltà e le modalità che si devono affrontare quando si informa il malato psichico, si è già detto nel precedente capitolo. Il medico deve attentamente valutare il soggetto e la patologia che lo affligge, per decidere come, quando e se è il caso di comunicare. Se il paziente è nelle condizioni adatte per comprendere, il suo consenso o dissenso potranno essere ritenuti "consapevoli". Se l'informazione non è tale da essere adeguatamente compresa dal paziente, il consenso eventualmente dato non è valido.

Informare, o meglio comunicare (informare cioè con partecipazione ed empatia) col paziente, nel corso di un sereno colloquio, è necessario per fare maturare in lui la coscienza di un bisogno di aiuto, presupposto per una buona alleanza terapeutica.

Anche e specialmente il paziente psichiatrico ha il diritto di sapere prima di esprimere il suo consenso al trattamento, ancor più ha il diritto di sapere nel modo adatto per lui, evitando comunicazioni invasive o distruttive e la creazione di ulteriore ansia o preoccupazione. L'informazione deve quindi essere "mirata" a quel paziente, attraverso la costruzione di una situazione interpersonale idonea a permettere al malato di esprimere ogni sua paura, dubbio e perplessità, tenendo presente che è più importante il *come* comunicare rispetto al *quanto* comunicare. Il fine ultimo dell'informazione è quello di portare il paziente alla richiesta di un aiuto di fronte alla malattia che lo affligge, e quindi al consenso all'intervento, onde creare i presupposti di una proficua collaborazione³⁰.

d. Il consenso deve, infine, essere attuale

Deve quindi essere prestato al momento in cui il trattamento farmacologico e/o psicologico viene intrapreso. Poiché in psichiatria spesso gli interventi sono prolungati, non esaurendosi certo in un atto unico, la partecipazione volontaria al trattamento dovrebbe essere periodicamente valutata, in quanto il paziente può sempre decidere di non volere proseguire una cura già attuata e precedentemente accettata³¹.

Da quanto succintamente esposto circa il consenso in psichiatria emerge chiaramente come il rispetto dei requisiti per un valido consenso trovi numerosi ostacoli e difficoltà.

Per accettare o rifiutare validamente un trattamento, il paziente psichiatrico deve possedere alcune capacità (*competence*³² o *capacity*), cioè essere in grado di: comprendere le informazioni essenziali fornitegli, poterle elaborare razionalmente, essere in grado di valutare la situazione e le possibili conseguenze di una sua scelta e, infine, comunicare la stessa.

Tuttavia, le alterazioni delle facoltà mentali sono, a volte, tali da rendere il soggetto incapace di comprendere ciò che gli viene detto e conseguentemente risulta essere incapace di esprimere un valido consenso. Altre volte risulta difficile valutare fino a che punto il soggetto sia idoneo a comprendere e non esistono strumenti standardizzati per stabilire esattamente una eventuale capacità di dare o no un valido consenso. Il medico, pertanto, spesso si trova a doversi appoggiare unicamente sulla propria competenza ed esperienza quando decide se e come intervenire. In questi casi vanno comunque interpellati i familiari o l'eventuale tutore del paziente, rendendoli accuratamente edotti circa le condizioni del loro congiunto e le possibilità di intervento.

Una corretta metodologia per conseguire un valido consenso non può prescindere dalla valutazione delle caratteristiche peculiari e complesse di ogni singolo caso clinico. La validità del consenso è, infatti, grandemente condizionata dallo stato psicopatologico attuale del paziente, che deve essere rapportato alla presenza o assenza o presenza parziale di consapevolezza di malattia, considerando però che questa validità non dipende tanto dall'inquadramento diagnostico in sé, quanto dalle condizioni attuali dello stato psicopatologico, dallo stadio evolutivo del disturbo, dalle modalità di risposta al contesto terapeutico, dalle capacità di critica e di giudizio.

Lo psichiatra (ma il discorso finora fatto e che seguirà vale anche per lo psicologo e per qualsiasi altro operatore della salute mentale) è quindi costretto a muoversi su di un terreno particolarmente complesso, entro confini segnati, da un lato dalla peculiarità della patologia, e dall'altro da specifiche norme che disciplinano l'assistenza del malato di mente.

Al medico spetta, infatti, anche il compito di valutare gli aspetti medico-legali del consenso, oltre a quelli clinici. Dove possibile, è importante che egli cerchi di documentare il consenso ottenuto o dal paziente stesso o, in caso questi non lo possa dare, dai terzi che, secondo le circostanze, lo rappresentano.

A proposito di un consenso dato, per esempio, dai familiari, il medico deve comunque essere attento nel valutare che questo non sia espressione di un tentativo di allontanare un congiunto che crea angosce o particolare impegno.

Come risulta da quanto esposto, il problema della comprensione e della capacità di esprimere un valido consenso in ambito psichiatrico è complesso e sfaccettato.

Il percorso che consente di raggiungere l'obiettivo del consenso non è unico o rigidamente tracciabile, se non nelle sue linee di massima; - in campo psichiatrico il procedimento non consiste semplicemente nella soluzione di problemi di tecnica informativa, bensì in una modalità comunicativa che deve sostanziare il rapporto medico-paziente e che deve essere sottoposta a verifiche periodiche.³³

In qualsiasi ambito medico, il professionista è moralmente tenuto a mantenere un comportamento che rispetti il principio di umanità e dignità della persona e ancor più ciò ha valore in ambito psichiatrico, dove il rapporto interpersonale col paziente è un elemento fondamentale, costituendo esso stesso un momento terapeutico. Quello che nel campo delle scienze umane risulta di fondamentale importanza è la creazione di un clima di fiducia tra il paziente e il medico che ha un unico fine: quello di collaborare insieme per il benessere del malato.

Il consenso non deve diventare un semplice atto burocratico e legale, ma l'attestazione di un dialogo costruttivo avvenuto tra il paziente e il medico. L'incontro con quest'ultimo deve portare il paziente a percepire che qualcuno vuole prendersi cura di lui nel modo migliore possibile, che si vuole stabilire con lui un rapporto di collaborazione, che gli possa dare maggiore serenità e aiuto per affrontare le difficoltà esistenziali, i disagi sociali, la malattia.

Il medico deve sì rispettare i diritti del paziente e le regole scritte, ma deve prima di tutto essere colui che "cura" e attua, secondo scienza e coscienza, quello di cui il suo assistito ha bisogno. Tutto ciò, possibilmente, senza doversi preoccupare di applicare rigide leggi, magari a discapito del benessere di chi ha bisogno di aiuto non burocratico, ma umano.

Note

³¹ Codice di Deontologia Medica, CDM (ottobre 1998): Titolo II (Doveri generali del medico); Capo I (Indipendenza e dignità della professione); Art. 3:

(Doveri del medico): "Doveri del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazione di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine come condizione, cioè di benessere fisico e psichico della persona".

² Catanesi R., Scapati F., Greco O. Il consenso in ambito psicoterapico. *Medicina e Morale* 1988;3-4.

³ Cfr. Dogliotti M., Rosiello L. (a cura di). *Vocabolario della Lingua Italiana di N. Zingarelli*. Zanichelli, Bologna 1986:435.

⁴ Marzi A. *Deontologia e psichiatria*. Giuffrè, Milano 1992.

⁵ Cazzaniga A., Cattabeni C.M., Luvoni R. *Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*. Utet, Torino 1984.

⁶ Cfr. Volterra V., Il consenso informato in psichiatria. Problemi e controversie. *Riv Sper Freniatr* 1995;CXIX (suppl.):4736.

⁷ Art. 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. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

⁸ Legge 833/78:

- Art. 33 (Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori): "Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'art. 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del Sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'USL opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria e i rapporti organici tra servizi e comunità. Nel corso del TSO, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Chiunque può rivolgere al Sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO. Sulle richieste di revoca o di modifica il Sindaco decide entro 10 giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato".

- Art. 34 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale): "La legge regionale, nell'ambito dell'unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'insi-

zione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. Le misure di cui al secondo comma dell'art. precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relative alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma. Il TSO per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il TSO in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'art. 33 da parte di un medico dell'USL e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma. Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale."

- Art. 35 (Procedimento relativo agli accertamenti e TSO in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale): "Il provvedimento con il quale il Sindaco dispone il TSO in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'art. 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'art. 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune. Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al Sindaco. In caso di mancata convalida il Sindaco dispone la cessazione del TSO in condizione di degenza ospedaliera [...]. Nei casi in cui il TSO debba protrarsi oltre il settimo giorno, e in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'USL è tenuto a formulare in tempo utile una proposta motivata al Sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli accertamenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presunta del trattamento stesso. Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al Sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo dal trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il Sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare [...]. L'omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti d'ufficio. Chi è sottoposto a TSO, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare [...]"

*Cfr. Puccini C. *Istituzioni di Medicina Legale*. Sesta ed. Ed. Ambrosiana, Milano 2003-885.

¹⁸ Greco O. Catanesi R. *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Piccin, Padova 1990.

¹⁹ CDM. Titolo III (Rapporti con il cittadino); Capo IX (Trattamento medico e libertà personale); Art. 49 (Obblighi del medico): "[...] In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve potersi in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge".

²⁰ CDM. Titolo VI (Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale e con enti pubblici e privati); Capo III (Tutela della salute pubblica); Art. 78 (Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie): "Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato".

²¹ Art. 54 c.p. (*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 proporzionale al pericolo (*Omissis*)".

²² CDM. Titolo III (Rapporti con il cittadino); Capo IV (Informazione e consenso); Art. 35 (Assistenza d'urgenza): "Allorché sussistano condizioni di urgenza, e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, una volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili".

²³ Penati G., Farneti A., Cavallari G. *Il consenso informato: aspetti concettuali e limiti applicati in psicoterapia*. In (a cura di) Realdon A., Realdon Cristofori V. *Responsabilità e libertà in psicopatologia*. Piovani ed., Abano Terme 1991.

²⁴ Cfr. AA.VV. *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano 1993-2746.

²⁵ Cost. Parte I (Diritti e doveri dei cittadini); Titolo I (Rapporti civili); Art. 13, 1° e 2° comma, Cost.: "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o di perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge".

²⁶ Art. 50 c.p. (*Consenso dell'avente diritto*): "Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre".

²⁷ Art. 5 c.c. (*Atti di disposizione del proprio corpo*): "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 del buon costume".

²⁸ Art. 579 c.p. (*Omicidio del consenziente*): "Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

1) contro la persona minore degli anni diciotto;

2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di difi-

cienza psichica, per un'altra infermità o per abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;

3) contro la persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpo con inganno".

²⁹ Art. 610 c.p. (*Violenza privata*): "Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito (*Omissis*)".

³⁰ Art. 613 c.p. (*Stato di incapacità procurata mediante violenza*): "Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualche altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei, in stato d'incapacità d'intendere o di volere, è punito con la reclusione fino a un anno.

Il consenso dato delle persone indicate nell'ultimo capoverso dell'art. 579 non esclude la punibilità (*Omissis*)".

³¹ CDM. Titolo III (Rapporti con il cittadino); Capo IV (Informazione e consenso):

- Art. 32 (*Acquisizione del consenso*): "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso 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 inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'articolo 30. Il procedimento diagnostico e/o 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 di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 78".

- Art. 33 (*Consenso del legale rappresentante*): "Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale. 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".

- Art. 34 (*Autonomia del cittadino*): "[...] 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".

³² Dichiarazione delle Hawaii formulata dalla WPA nel 1977 e poi rivisitata nel 1983, che stabilisce all'art. 1: "Lo psichiatra cercherà di perseguire il vero interesse del paziente e si preoccuperà altresì del benessere comune e della corretta distribuzione delle risorse [...]" e all'art. 5: "Nessun procedimento sarà iniziato e nessun trattamento somministrato contro o indipendentemente dalla volontà del paziente, a meno che quest'ultimo manchi della capacità di esprimere i propri desideri, o, a causa di malattia psichica, non riesca a com-

prendere ciò che veramente sia per lui importante, ovvero per lo stesso motivo, sia di grave pericolo per gli altri. In questi casi si può o si dovrebbe attivare un trattamento sanitario obbligatorio, sempre che esso sia iscritto nel reale e migliore interesse del paziente e per un determinato e ragionevole periodo di tempo, che si possa presumere un consenso informato nel senso retroattivo e che, quando possibile, il consenso si sia potuto ottenere da terzi in stretta relazione col paziente²⁵.

Nella versione rivista del 1983, l'art. 5 perde il riferimento esclusivo alla pericolosità, sostituito dal concetto di necessità di trattamento "senza il quale è probabile che sopravvenga un danno al paziente o agli altri".

²⁵ Iadecola G. *Consenso del paziente e trattamento medico-chirurgico*. Liviana ed., Padova 1989.

²⁶ Simon R.I. *Clinical Psychiatry and the Law*. American Psychiatric Press, Washington 1987:102.

²⁷ Art. 414 c.c. (*Persone che possono 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, sono interdetti quando ciò è necessario per assicurare la loro adeguata protezione".

²⁸ Art. 415 c.c. (*Persone che possono essere inabilitate*): "Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da fare luogo all'interdizione, può essere inabilitato (*Omissis*)".

²⁹ Art. 404 c.c. (*Amministrazione di sostegno*): "La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere adeguatamente ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio".

³⁰ Per quanto riguarda in modo particolare l'informazione del paziente che si sottopone a una psicoterapia a lungo termine, sono stati recentemente messi in evidenza i punti fondamentali da rispettare. Un'informazione scorretta o insufficiente può fare sì che la terapia venga messa in dubbio circa la sua utilità oppure può portare a un precoce abbandono in favore di un eventuale trattamento alternativo. Il terapeuta dovrebbe quindi preliminarmente discutere con l'ipotetico paziente sul modello diagnostico adottato e sulla sua validità, sui benefici e potenziali rischi del tipo di terapia, chiarire la necessità di una psicoterapia, la disponibilità di interventi psicoterapici a breve termine meno costosi e i criteri adottati per misurare la risposta del paziente al trattamento stesso. Vedi anche, Wenning K. *Long-term psychotherapy and informed consent*. *Hosp-Community Psychiatry* 1993;4:364-367.

³¹ Come il paziente, anche il medico ha il diritto di recedere dalla sua presa in carico, qualora questi non rispetti le prescrizioni concordate o quando il sanitario percepisca che non gode più della necessaria fiducia del paziente. In questo caso il medico dovrà esporre le sue ragioni e consigliare al suo assistito di rivolgersi ad altro terapeuta, sempre assicurandosi comunque che, lasciando il suo malato, egli non arrechi danni a quest'ultimo. Vedi anche CDM: Titolo III (Rapporti con il cittadino); Capo II (Doveri del medico e diritti del cittadino); Art. 25 (Sfiducia del cittadino): "Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresen-

tanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve comunque prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato".

³² Il termine "competence", di derivazione nordamericana, riassume in sé non soltanto il significato giuridico di capacità legale, ma anche quello di idoneità psichica non turbata da condizioni patologiche.

³³ Cfr. Fornari U. *Trattato di psichiatria forense*. III ed. Utet, Torino 2004:653.