

dei testi, d'altro canto, ha conosciuto molteplici traduzioni e transcodificazioni culturali passando dal greco imperiale al siriano del cristianesimo orientale e di qui all'arabo di musulmani ed ebrei sino all'ebraico e al latino.

Ciò nonostante Zonta ha potuto individuare, isolare, presentare e tradurre numerosi frammenti e testimonianze dell'opera filosofica di Galeno dirigendo la propria ricerca in particolare sulle opere del filosofo ebreo Shem Tob ibn Falaquera, vissuto in Spagna nel XIII secolo.

Da questo paziente lavoro di ricerca risulta notevolmente migliorata la nostra conoscenza di alcune opere filosofiche di Galeno quali il *De moribus*, il *Protrettico*, il *De sententiis* e il *De indolentia*, altrimenti perdute, o conservate in compendi o esigui frammenti.

Lo studio di Zonta propone, quando sia possibile, la sinossi del testo ebraico con i paralleli arabi e, più raramente, l'originale greco cui si accompagna, al termine della collazione, un utile glossario filosofico comparativo che presenta, accanto al termine ebraico riscontrabile in ibn Falaquera, il corrispondente arabo e, laddove sia possibile, il termine greco sottostante.

Il lavoro, introdotto da un esauriente inquadramento dedicato alla tradizione delle opere filosofiche di Galeno nelle lingue semitiche, è arricchito dalla versione italiana del compendio arabo del *De moribus* di Galeno, da una scrupolosa bibliografia, da un indice delle citazioni delle opere di Galeno, da una scrupolosa bibliografia, da un indice delle citazioni delle opere di Galeno e da un indice dei manoscritti (arabi, ebraici, greci e latini) citati nel volume.

La ricostruzione dell'opera e del pensiero di Galeno presenta un interesse non limitato alla storia della filosofia o alla dossografia: essa consente di meglio comprendere il percorso accidentato, e talora sorprendente, della trasmissione di un sapere filosofico che Galeno pose quale base imprescindibile della teoria e della prassi del medico, inteso come colui che ha cura dell'uomo e non solo del suo corpo.

Saverio Campanini

SANTOSUOSSO Amedeo, (a cura di) *Il consenso informato*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996, pp. 222

*Nel diritto di ciascuno di disporre, lui e lui solo, della propria salute ed integrità personale, pur nei limiti previsti dall'ordinamento, non può che essere ricompreso il diritto di rifiutare le cure mediche lasciando che la malattia segua il suo corso anche fino alle estreme conseguenze.*

Questo breve passo tratto da una sentenza della Corte d'Assise di Firenze racchiude il nucleo centrale del libro *Il consenso informato* a cura di Amedeo Santuososso. Il libro, nato dall'autorevole contributo di più autori, clinici, psicologi e giuristi, affronta il problema emergente del consenso informato secondo tre grandi angolazioni: etico-giuridica, psicologica ed, infine, clinica.

Nonostante le diverse angolazioni di veduta dovute alla differente formazione culturale, gli autori si trovano uniti da una comune idea di fondo, la necessità di riconoscere l'importanza di un dialogo profondo ed autentico fra medico e paziente tale da garantire l'autonomia decisionale di quest'ultimo.

Paolo Casali, oncologo-medico, affronta il problema dell'informazione per garantire una decisione clinica razionale. Il modello adottato è quello della decisione clinica condivisa tra medico e paziente. Questi nell'adeguarsi devono rispettare dei limiti.

Il primo, lo stato dell'arte motivandone ogni suo allontanamento e fornendone spiegazioni al paziente. Il secondo, è vincolato dalla necessità del medico di fare il suo bene evitando di procurargli il male.

Al di là di tali limiti è il paziente che deve decidere circa la prestazione medica offertagli. Una corretta decisione clinica nasce, dunque, da una relazione medico-paziente sorretta da un'adeguata informazione.

La metodica quantitativa dell'analisi decisionale che s'interessa di tutti gli scenari possibili in rapporto a tutte le possibili scelte terapeutiche grazie all'impiego della probabilità, delle considerazioni sulla volontà del paziente in condizioni di rischio e la razionalità delle conclusioni rapportate alle premesse, può essere il parametro da seguire.

La problematica del paziente inguaribile in fase avanzata è trattata dallo stesso Casali insieme ad Alessio Gamba, psicologo e psicoterapeuta, e ad Amedeo Santuososso all'inizio della seconda parte del libro.

Gli aspetti evidenziati sono molteplici. Dal punto di vista etico-giuridico emerge, innanzitutto, la mancanza di norme. Tuttavia, l'elaborazione giurisprudenziale considera il paziente, anche se prossimo al decesso, comunque come protagonista nella decisione sui trattamenti da effettuare sulla sua persona (dall'autore sono ricordate alcune disposizioni: Raccomandazione n.779/1976 dell'Assemblea del Consiglio d'Europa sui diritti dei malati e dei morenti, Il codice di deontologia europea approvato a Parigi il 5 giugno 1987, il codice deontologico italiano 1995 ed, infine, la dichiarazione sull'eutanasia della Sacra Congregazione per la dottrina della fede del 1980).

Comun denominatore è che deve essere la qualità della vita il parametro per misurare gli interventi praticabili. Ne deriva l'esclusione di ogni responsabilità del medico per i trattamenti selezionati in base ad un criterio di ragionevolezza, incentrato sulla condizione complessiva della persona.

Rimangono, però, aperti lo stesso degli interrogativi. E' legittimo chiedere l'aiuto medico ad anticipare la morte in caso di situazione clinica irreversibile e dopo l'esperimento invano delle cure palliative?

Così Paolo Casali si trova ad affrontare il problema della comunicazione al paziente della prognosi infausta. L'interrogativo, come correttamente sottolineato dall'autore, non è tanto se *informare* bensì *quanto informare*. La soluzione forse più equa è quella di rimettersi alla volontà del paziente. Nella quotidianità, però, è ben raro che un paziente preferisca rimanere all'oscuro. Il medico nel fornire le informazioni richieste, non deve mentire o fuorviare il paziente rispettando, comunque, i suoi meccanismi di difesa.

Infine Alessio Gamba affronta l'aspetto psicologico ed in particolare come lo stato di malattia possa incidere sulla competenza del soggetto a decidere. Di vitale importanza è la *formulazione di un progetto comune tra paziente e medico*. Il consenso informato deve essere la meta finale di tale relazione, soprattutto

to in presenza di una malattia terminale in cui *lo spessore emotivo legato al quadro clinico rende non facile la condivisione dell'informazione*.

Il problema del consenso informato ed i minorenni è affrontato dal punto di vista giuridico da Elisa Ceccarelli, magistrato, e dal punto di vista psicologico da Alessio Gamba.

La capacità dell'adolescente di assumere decisioni valide è condizionata dal rapporto dinamico fra autorità dei genitori e libertà dei figli valutata in base alla loro età e maturità. Il dogma della completa incapacità di agire del minore è entrata in crisi, il loro potere decisionale è tutelato non solo dal puntuale intervento del Tribunale dei minorenni in caso di inattività dei genitori ma anche dalla possibilità prevista da alcune leggi per il minore di agire personalmente.

La legge 194 del 1978, ad esempio, ha riconosciuto ai minorenni poteri decisionali in materia sanitaria (contraccezione, ecc.) senza il coinvolgimento necessario dei genitori. Si è ammessa, quindi, l'efficacia della volontà del minore in alcuni casi indipendentemente dall'intervento dei genitori pur rimanendo la necessità, in linea generale, del consenso di colui che esercita la potestà o la tutela per autorizzare il compimento di atti medici.

L'approccio psicologico in caso di malattia del minore è fondamentale: cosa dire, cosa spiegare. Risultano coinvolti non solo quest'ultimi ma anche genitori, sanitari. La comunicazione, il rapporto relazionale deve essere salvaguardato anche in questo caso.

Santuososso e Casali affrontano, successivamente, la problematica attuale del consenso informato nella sperimentazione clinica. Nonostante la difformità di vedute dei soggetti coinvolti importante è rispettare dei requisiti minimi: informazione del paziente circa la diagnosi, la prognosi e le prospettive terapeutiche; illustrazione completa del trattamento; consenso informato del paziente, ecc...

L'ultima parte del libro, curata da Santuososso e Frova, anestesista, affronta il delicato problema dell'emergenza e dei pazienti incapaci. La tendenza dei medici italiani, attualmente, è quella di non attenersi ai principi contenuti in molti documenti

in proposito. Sicuramente deprecabile è la carenza di leggi in materia che lascia il medico autore di una scelta difficile, tesa tra il rischio di curare in modo insufficiente un paziente senza ragioni adeguate e quello di effettuare un accanimento terapeutico inutile e pertanto violativo della dignità umana e spesso della stessa volontà del malato.

Il paziente incapace non ha strumenti a sua disposizione per esternare la propria volontà. La scelta del medico può trovare origine, allora, *nel colloquio decisionale con la famiglia, nella possibilità di considerare la mortalità a lungo termine e nella qualità della vita residua*. Una terapia intensiva deve essere somministrata solo se può dare benefici cercando di convogliare le emozioni dei parenti su binari etici anche grazie ad un processo educativo affidato al medico ed al rianimatore.

L'Italia è uno dei Paesi più restii a fornire un'informazione completa al malato. Sovente i medici abbracciano l'idea che sia lecito operare senza il consenso del paziente per il suo stesso bene, in presenza di situazioni disperate.

Proprio questa è la tendenza che deve essere sconfitta: il consenso informato non è *un corpo estraneo ed ostile, fonte solo di intralcio della pratica quotidiana e di negative conseguenze sul piano della responsabilità professionale*. Il tracciato da percorrere conduce verso la strada di un consenso che legittima l'invasione della sfera personale del paziente se questi vi abbia dato il proprio consenso. Solo in caso contrario può essere tenuto all'oscuro della sua situazione clinica.

Nel libro il passaggio da un'ottica squisitamente paternalistica, in cui il diritto di scegliere e decidere in passato competeva sostanzialmente solo al medico ad un'ottica in cui prevale la libera decisione del paziente, preventivamente informato, è ben evidenziato.

Così l'apporto giuridico più aderente all'idea della completa autodeterminazione del paziente trova un freno nel contributo clinico sensibile all'operato del medico ed al suo ruolo comunque ineliminabile. Infine la riflessione psicologica conduce verso il superamento dell'informazione per arrivare a concetti più ampi e profondi: comunicazione, consapevolezza, comprensione, dialogo.

Solo insieme le tre angolazioni di veduta appaiono complete ed idonee a valutare il consenso informato come aspetto di libera scelta di ogni persona in ordine alla propria salute e alla propria vita. Tale scelta deve essere libera da vincoli materiali e morali e frutto di una consapevolezza raggiunta attraverso un'informazione offerta correttamente da medici competenti, in grado di coinvolgere globalmente il soggetto malato.

*La soluzione è una comunicazione tra tutti i soggetti interessati che sia la più ricca e profonda possibile.*

Paola Frati

GRMEK Mirko D., *Storia del pensiero medico occidentale. 2. Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*. Bari, Editori Laterza, 1996.

Definendo la medicina *un insieme dinamico di scienze applicate*, lo storico e filosofo della scienza Georges Canguilhem ha di fatto cristallizzato nello statuto epistemologico di questa disciplina un'immagine satura di storia. Per Canguilhem gli sviluppi della ricerca e della pratica medica sono scaturiti da un ricorso strumentale ad acquisizioni conoscitive, quasi sempre derivate da altre discipline, che dovevano consentire alla medicina di mediare fra il suo intendimento primario di prendersi cura della salute del singolo malato e le esigenze di eliminare l'oggetto concreto su cui si esplica la sua azione, per accedere al livello di generalità di una vera scienza e rendere così ancora più efficace la sua capacità di produrre salute (G. Canguilhem, *Le statut épistémologique*. Hist. Phil. Life Sci. 1988; suppl; 10: 15-29).

Davvero non esistono opere di storia della medicina che riescano a tenere conto di questa importante tensione fra le due fondamentali istanze che ineriscono all'attività conoscitiva e applicativa messa in campo dai medici nella storia. Mirko Grmek, storico della medicina di origine croata, del quale sono ben noti la sterminata erudizione ed il rigore scientifico, ha cercato di colmare questa lacuna progettando un'opera molto ambiziosa sulla storia del pensiero medico occidentale di cui è stato pub-