



## Prefazione

Forse questa mia idea di realizzare un testo sull'argomento nasce per una strana influenza astrale.

Venni alla luce, infatti, nel lontano 1957, contestualmente alla prima apparizione, in California, della definizione: "informed consent".

Già nel corso dei miei studi universitari rimanevo attratto dalla particolarità della scienza medica, una scienza, ahimè, "inesatta", e dalla delicatezza e centralità del rapporto medico paziente che attualmente sembra manifestare la sua massima e più compiuta espressione proprio nella realizzazione di quel complesso processo interpersonale – appunto tra medico e paziente – che porta alla piena acquisizione del fatidico "consenso informato", nella sua vera e più genuina essenza.

Il reale consenso informato necessita solo di attenzione, tempo, dedizione, disponibilità; un comportamento onesto e leale da offrire a chi ci chiede di risolvere problemi di salute, di migliorare il proprio aspetto esteriore, di mantenere lo stato di salute attraverso una adeguata prevenzione.

Certamente un percorso non facile, in un mondo che corre velocissimo e dove il tempo professionale da dedicare al "consenso" diventa elemento centrale, da dover gestire con sapienza ed equilibrio.

Difficile, ma possibile; bastano solo una maggiore consapevolezza ed una sincera volontà di gestire, al meglio, un nuovo rapporto medico-paziente.

Ad una prima parte prevalentemente teorica, seguono delle considerazioni sui risvolti pratici del processo, rappresentati dalla forma e dal contenuto del Consenso.

In proposito, vorrei precisare che alle innumerevoli richieste, pervenute da medici e odontoiatri, di un "modello perfetto" ho sempre risposto che un tale modello non può esistere.

Sebbene non vi sia obbligo di legge circa la forma scritta del consenso mi permetto di consigliarlo sempre nei casi di particolare complessità, ovvero per prestazioni a prevalente o esclusiva componente estetica.

In ogni caso, non bisogna mai dimenticare che il modello può considerarsi integrativo e non sostitutivo dell'obbligo, deontologico e giuridico, di informare e di acquisire il consenso al trattamento, ove il requisito essenziale è la "personalizzazione" della proposta terapeutica, nel rispetto della assoluta unicità del caso che andiamo a trattare.

La parte conclusiva è dedicata ad alcune fondamentali riflessioni sulla esigenza di una responsabilità maggiormente equidivisa tra operatori e pazienti e sulla altrettanto necessaria diffusione del concetto di "consenso sociale informato", che presuppone una diversa ed effettiva consapevolezza non solo di medici e pazienti ma anche degli addetti ai lavori (magistrati, avvocati) e della collettività rispetto alle reali possibilità terapeutiche e limiti dell'arte medica e odontoiatrica.

Non me ne vogliano gli odontoiatri se, utilizzando il criterio adottato dal Codice di Deontologia Medica (Titolo I° Oggetto e campo di applicazione, Art. 1 – Definizione), ogni riferimento alla categoria professionale di medico e odontoiatra verrà indicata, nel testo, con il termine di "medico"; i principi e le considerazioni, ovviamente, e senza distinzioni, riguardano sia il medico che l'odontoiatra, trattandosi solo di una questione di praticità espositiva, al fine di un più scorrevole flusso del testo.

Non me ne vogliono i medici se, in qualità di esercente la specialità medico-legale e odontoiatrica, ho dedicato qualche specifico spazio a quest'ultima, per alcune peculiarità che la contraddistinguono.

Non posso farci nulla se ho due anime professionali, cercando, ove possibile, di riunirle sinergicamente e di accontentare entrambe: va messo in conto che qualcuno può rimanere un tantino dispiaciuto.

Ora vi lascio al testo, nella speranza che la lettura possa appassionarvi e che possa essere di una certa utilità, nella pratica professionale o, più semplicemente, quale momento di riflessione sull'argomento.

Mario Aversa