

PRIVACY E ASSENSO INFORMATO

Prof. Tito Livio Schwarzenberg

Direttore della UOC di Adolescentologia

Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Perinatologia e Puericultura

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Relazione presentata in occasione del XII Congresso SIMA - Palermo, 21 ottobre 2005

Una traduzione esatta della parola "privacy" o un termine perfettamente equivalente ed esaustivo non esistono nella lingua italiana per cui le varie espressioni finora proposte e di volta in volta utilizzate risultano quantomeno inadeguate se non addirittura confondenti (privatezza, discrezione, riservatezza).

Come è stato giustamente rimarcato l'intraducibilità del termine "privacy" non è, per altro, casuale: essa si riferisce, infatti a quel bene (o complesso di beni) che emergono nella loro interezza solo laddove l'individuo stesso rappresenti una figura forte e centrale, mentre lo Stato si possa identificare soprattutto per i limiti che deve riconoscere e rispettare. Il concetto di privacy, quindi, sottende un ambiente culturale, tradizionale, psicologico e sociale in cui la singola vita possa contare anche più dell'insieme collettivo.

Sotto il profilo di storia del diritto, la concezione moderna della privacy si fa risalire ad un famoso saggio giuridico pubblicato nel 1890 sull'autorevole rivista "Harvard Law Review" a cura di Samuel D. Warren e Louis D. Brandeis, dal titolo "The right to privacy" ⁽¹⁾. Fin dal primo capoverso di tale articolo veniva energicamente ribadito che ogni cittadino aveva il diritto inviolabile alla propria sicurezza, alla propria intimità e alle proprie scelte personali di vita, il tutto assai efficacemente compendiato nella famosissima espressione "*the right to be let alone*". Per la cronaca, all'origine di questa pubblicazione esisteva una vicenda personale di cui era stato vittima Warren stesso: infatti, l'Autore rampollo di una famiglia assai ricca e influente era stato bersaglio di una serie di articoli apparsi

sulla stampa locale (con espressione moderna si potrebbe parlare di *gossip*) in cui veniva messa in discussione la sua vita privata.

La privacy diventa, così, espressione in primo luogo di un diritto di scelta, la scelta di come si vuole vivere, sia in pubblico che in privato, sia nel mondo "reale" che in quello "virtuale", vale a dire anche in quella "società informatica e multimediale" in cui l'incontenibile progresso tecnologico ci ha, non di rado inconsapevolmente, inglobati.

La privacy riguarda, anzitutto, la possibilità di regolare, limitare e controllare il flusso verso l'esterno dei propri dati e informazioni personali, come anche l'accesso agli stessi da parte di terzi. Il diritto alla privacy si identifica, anche, con il diritto alla libertà e alla capacità di prendere decisioni personali senza essere soggetto a controlli pubblici e/o privati: ma privacy è, anzitutto, la somma di diverse altre aspettative quali l'anonimità, la protezione dell'intimità, delle emozioni e dei sentimenti ⁽²⁾.

Di frequente si è portati ad identificare il concetto di privacy con quello di protezione di c.d. "dati personali", tant'è che la denominazione ufficiale del "Garante della privacy" nel nostro Paese è quella di "Garante dei dati personali". Ma da quanto finora, assai succintamente, esposto appare chiaro che la protezione dei dati personali rappresenta solo una parte della protezione della privacy e che i dati personali costituiscono solo un aspetto (magari quello più concretamente identificabile) del patrimonio privato dell'individuo. Va da sé, quindi, che senza la protezione dei dati personali non si può parlare di tutela della privacy, ma che la

sola protezione dei dati non garantisce in alcun modo il pieno e completo rispetto della privacy stessa.

Possiamo, pertanto, schematicamente affermare che il complesso, composito e affascinante concetto di privacy può essere distinto in cinque parti (o componenti) tra loro complementari, ma dotate anche di una propria connotazione e autonomia⁽³⁾:

- 1) **diritto ad essere lasciati in pace:** l'oggetto è la propria sfera privata, che l'individuo deve essere in grado di definire secondo i propri desideri e le proprie aspirazioni. Diritto, quindi, alla solitudine ma non all'isolamento, a scegliere le persone con cui avere rapporti, a stabilire il proprio grado di integrazione, a scegliere cosa far conoscere di sé agli altri, scegliere cosa conoscere degli altri;
- 2) **diritto all'intimità:** è un aspetto della privacy di tipo relazionale che include la riservatezza delle comunicazioni private e, soprattutto, la volontà di due o più persone di rimanere separate dagli altri a tutela della propria relazione;
- 3) **diritto all'anonimato (o, come sua forma minore il diritto all'uso di pseudonimi):** è il diritto a non lasciare tracce, il diritto a che non siano comparati, o incrociati i propri dati, informazioni, fatti, comportamenti. L'anonimato può garantire la capacità di esprimere la propria personalità e di compiere le proprie scelte al di fuori di un controllo sociale;
- 4) **diritto alla protezione dei propri dati personali:** consiste nel diritto ad avere la disponibilità dei propri dati, di poterne controllare i flussi, di conoscere i percorsi delle proprie informazioni personali. Si tratta, in altre parole, del diritto all'autodeterminazione informativa;
- 5) **diritto alla personalità delle proprie decisioni:** consiste nel diritto di potersi esprimere, di scegliere i propri comportamenti e stili di vita, nel diritto a non essere influenzati.

Tralasciando, per ovvii motivi di tempo e di spazio, tutti i contributi giurisprudenziali e normativi intermedi, ricordiamo che in data 1 gennaio 2004 è

entrato in vigore in Italia il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 avente per titolo "Codice in materia di protezione dei dati personali" e comunemente noto come "Codice della privacy". Detto provvedimento ha tentato di comporre in maniera organica le innumerevoli disposizioni già esistenti sull'argomento, riunendo in un unico contesto la precedente legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti e codici deontologici che si erano succeduti negli ultimi anni, integrando la materia sulla base della "giurisprudenza" del Garante e della direttiva UE 2000/58 sulla riservatezza delle comunicazioni elettroniche. Nel delinearne i profili maggiormente innovativi va rilevato, anzitutto, che il predetto Codice introduce nel nostro ordinamento il *diritto alla protezione dei dati personali* quale diritto fondamentale della persona, parallelo e integrantesi con il più generale diritto alla riservatezza, già richiamato all'art. 1 delle legge-base 675/1996.

Possiamo tranquillamente affermare che il nostro Codice, ispirandosi ad una concezione normativa di stampo anglosassone e nordeuropeo, rappresenta il primo tentativo al mondo di integrare e conformare in maniera unitaria le numerose ma frammentarie disposizioni relative, anche in via indiretta, al rafforzamento e tutela della privacy.

Da tutto quanto precede appare evidente che la problematica della privacy coinvolge ognuno di noi in quanto individuo/cittadino, le istituzioni pubbliche e private, numerose professionalità tra cui in particolare, per quanto ci riguarda, le professioni sanitarie. Aver giustamente affermato che, al giorno d'oggi, il medico non deve essere più considerato in modo limitativo solo come il "guaritore delle malattie" ma, piuttosto, come il "tutore della salute" e avere contemporaneamente chiarito che la salute stessa si identifica con "il completo benessere fisico, psichico, sociale e spirituale dell'individuo" se da un lato gratificano la professione sanitaria, dall'altro ne aumentano enormemente il

campo di azione e le responsabilità. Il tutto viene ulteriormente enfatizzato in ambito pediatrico, dove siamo ben consci di non dover solo “curare” ma anche “prenderci cura” dei nostri pazienti (e, non di rado, anche delle loro famiglie) tanto da essere stati etichettati come “avvocati dei bambini e degli adolescenti” (*advocates for children and youth* – WHO)⁽⁴⁾. Ma, chi è oggetto delle nostre cure, pur essendo titolare indiscusso di diritti e privilegi, proprio a causa della contraddittorietà, incompletezza o assenza di una precisa normativa in merito quasi sempre non è in grado di tutelare in modo almeno vagamente autonomo la propria salute.

La più immediata quanto ovvia considerazione è che solo con il compimento del diciottesimo anno di vita e con l'ingresso nella maggiore età si conclude quella che potremmo indicare come “adolescenza giuridica o legale”. Azzerando, di fatto, qualsiasi pre-esistente differenza di livello maturativo tutti i diciottenni acquisiscono la completa “capacità di agire”, vale a dire ogni attitudine a compiere nel proprio interesse atti giuridici (artt. 2-316-317 C.C.). Il problema si pone, invece, con i bambini e, soprattutto, con gli adolescenti infra-diciottenni, che possono avere reale e urgente necessità di consulenza e/o di trattamento medico anche all'insaputa dei propri genitori o in contrasto con la loro volontà.

I settori più delicati di intervento del medico adolescentologo sono quelli riguardanti il comportamento sessuale del minore, l'abuso di droghe e le tossicodipendenze, le turbe psico-emotive, i problemi scolastici e i disturbi della condotta alimentare: il giovane che necessita di assistenza sanitaria per taluno di questi problemi eviterà, il più delle volte, di affrontarlo in ambito familiare nel motivato timore di suscitare disapprovazione, liti e punizioni e, soprattutto, di incrinare ulteriormente i precari rapporti intrafamiliari senza alcun reale vantaggio per la propria salute⁽⁵⁾.

Se il consenso dei genitori dovesse rappresentare il requisito indispensabile

per il trattamento sanitario o se il giovane avesse ragione di ritenere che della propria “malattia” verrà prima o dopo data notizia ai familiari sarà, ovviamente, tentato a procrastinare il ricorso all'assistenza o a rinunziarvi del tutto compromettendo, così, gravemente e, talora, irreparabilmente il proprio stato di salute. Va rimarcato, tuttavia, che, in alcune particolari occasioni la normativa vigente è costretta a riconoscere che anche una soglia di età inferiore ai 18 anni possa avere un importante rilievo giuridico.

Da un'attenta rilettura delle norme che distinguono minore da minore in relazione all'età, si ricava la netta impressione che il legislatore abbia considerato sufficiente il compimento del 16° anno di vita per assegnare al minore la maturità necessaria a compiere diversi atti, anche molto importanti. Esiste infatti la possibilità, per il sedicenne, di contrarre matrimonio (salva l'autorizzazione del Tribunale cui compete l'accertamento della maturità psico-fisica e la fondatezza delle ragioni addotte - art. 84 C.C.). Il sedicenne può, inoltre, riconoscere figli naturali e/o consentire al proprio riconoscimento (art. 250 C.C.); esprimere il proprio parere per l'indirizzo della vita familiare o per la scelta del tutore (artt. 145-348 C.C.); chiedere che sia promossa azione per il disconoscimento di paternità o impugnare il proprio riconoscimento (art. 244-264 C.C.).

Non mancano, inoltre, nella normativa civilistica italiana tutta una serie di riferimenti ad una rilevanza della volontà del minore anche se ha compiuto solo 14 anni (nel proprio interesse ed in quello del mantenimento dell'unità familiare - art. 316 C.C.); se ha compiuto 12 anni (in tema di adozione - art. 79 legge 184/1983) e persino se ha compiuto appena 10 anni (in tema di tutela - art. 371 C.C.).

In effetti, il superamento del 18° anno non può comportare, di per sé, un passaggio brusco da una condizione di totale incapacità ad uno stato di improvvisa e completa consapevolezza ed abilità. Le

realità biologica e psico-sociale sono, infatti, caratterizzate da un fluire continuo di momenti evolutivi che si aggiungono l'uno all'altro e di cui anche il legislatore ha dovuto, in molte occasioni, tenere conto⁽⁵⁾.

Da una rapida rassegna delle principali norme che, in Italia, possono avere ricadute su quella prospettiva di privacy che attiene all'esercizio del diritto alla salute per i minori adolescenti emerge, tuttavia, lo stridente contrasto tra alcuni degli ordinamenti vigenti. Ad esempio, è contemplata la validità del consenso al rapporto sessuale di una ragazza purché ultraquattordicenne (e, in casi particolari, anche se solo tredicenne), la facoltà di assumere contraccettivi e di interrompere la gravidanza da parte di una minore di qualsiasi età, la possibilità di chiedere autonomamente accertamenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi nonché di godere della più assoluta riservatezza per il minore tossicodipendente e, contemporaneamente, l'impossibilità assoluta per una donna di età inferiore ai sedici anni di riconoscere il figlio da lei medesima partorito e di regolarizzare con il matrimonio la propria situazione familiare.

Tuttavia, nonostante l'inevitabile carenza, lacunosità e contraddittorietà della normativa vigente molte cose stanno evolvendo anche sul piano giuridico: il minore adolescente viene sempre meno riguardato quale oggetto dei doveri altrui mentre, contemporaneamente, sta assumendo la più giusta dimensione di individuo titolare di diritti autonomi⁽⁵⁻⁶⁾.

Tutto quanto finora esposto a proposito del concetto di privacy, dei suoi significati, dei suoi rapporti con la principale normativa, rappresenta la premessa indispensabile per una più approfondita riflessione su un argomento di fondamentale importanza anche se, tuttora, in gran parte irrisolto: i minori e il consenso/assenso/dissenso informati.

Se è vero, come è vero, che la privacy rappresenta un diritto non solo legale ma naturale, che sottende e compendia libertà, dignità, autonomia e autodeterminazione è

indispensabile accertare se, in che misura e da quando anche i minori possono con sufficiente autonomia e libertà tutelare la propria salute, accedere ai presidi sanitari loro dedicati, acconsentire ai necessari accertamenti laboratoristici e/o strumentali, accettare le proposte terapeutiche suggerite e, se è il caso, essere anche inseriti in un protocollo clinico sperimentale.

Il moderno concetto di autodeterminazione della persona, cioè del diritto di decidere liberamente se, come, quando ed a quali trattamenti sanitari essere sottoposto, ha indubbiamente comportato un vero e proprio sconvolgimento del rapporto medico-paziente: infatti, mentre in passato il malato era per lo più oggetto passivo delle decisioni cliniche, oggi, essendo ormai stati riconosciuti i suoi diritti di *scegliere, consentire o rifiutare* l'opera del medico, egli ha recuperato la propria posizione di "centro decisionale" della propria salute. Ne consegue, in casi estremi, anche il diritto per il "cittadino" di rifiutare le cure mediche lasciando che la malattia segua il suo decorso naturale. Inoltre, in varie sentenze la Magistratura ha evidenziato lo stretto legame esistente tra informazione e consenso, per cui quest'ultimo può scaturire solo dalla piena e consapevole volontà del paziente e non da una semplice adesione alla decisione già assunta dal medico o da altri. Si deve, pertanto, distinguere la *dottrina giuridica del consenso* (che contempla il consenso implicito, esplicito, presunto e rappresentato) e che indica un *permesso legalmente valido mediante il quale una persona conferisce ad altra persona un determinato potere di agire*, dal consenso informato propriamente detto.

In medicina, infatti, il consenso informato consiste nell'accettazione di una proposta e nella conseguente autorizzazione libera e volontaria al trattamento sanitario, che il paziente concede in modo esplicito solo dopo essere stato adeguatamente informato. È opportuno, a questo punto, rimarcare che per assenso si deve, invece, più correttamente intendere l'accettazione

o l'approvazione di una qualche decisione già in precedenza assunta da altri.

Forse non tutti sanno che, a tutt'oggi, non esiste in Italia una *disciplina giuridica espressa*, vale a dire una precisa norma di legge che contempli in modo esplicito il consenso informato nell'ambito medico-chirurgico. Si è soliti, pertanto, fare riferimento (in modo estensivo) a quanto previsto dall'art. 50 del Codice Penale, riguardo al "consenso dell'avente diritto" e dall'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana sul "diritto alla salute". Particolare rilievo assumono, viceversa, a tale proposito i codici di autoregolamentazione e quelli deontologici degli Ordini Professionali, come anche la ricca normativa internazionale sui diritti dell'uomo e, soprattutto, le sentenze della Corte Costituzionale e della Cassazione emesse a risoluzione di casi particolarmente significativi tanto da aver dato origine, in quest'ambito, ad una sorta di *diritto giurisdizionale* di stampo vagamente anglo-americano.

Non è mia intenzione dilungarmi ulteriormente, in questa sede, sugli aspetti generali, concettuali, giuridici e procedurali del consenso informato che, tra l'altro, sono stati già oggetto di esaurienti dibattiti e pubblicazioni (basti ricordare il recente, prezioso, contributo di G. Bona e coll. su "Il consenso informato in endocrinologia pediatrica") cercherò, viceversa, di concentrare l'attenzione sull'eventuale quanto auspicabile coinvolgimento dei minori nella formazione di un consenso valido⁽⁷⁻⁸⁾.

È fin troppo ovvio, infatti, che la condizione di minorenni compendia, al suo interno, situazioni estremamente eterogenee legate sia all'età anagrafica che ai diversi livelli individuali di maturazione. Ne consegue la necessità di sapere e potere adottare comportamenti e regole diverse nel caso in cui il minore sia un bambino in età prescolare o scolare, oppure un preadolescente o un adolescente capaci di dimostrare una capacità adeguata per scelte responsabili riguardanti la propria salute. Di conseguenza, assai

spesso, l'adolescentologo finisce col trovarsi dibattuto tra problemi etici e legali: può, infatti, ritenere professionalmente corretto oltre che etico garantire assistenza e riservatezza ad un paziente minore (per altro consapevole e con indubbia maturità decisionale) ma non è affatto certo che il solo consenso del giovane lo metterà al riparo da eventuali contestazioni legali. Né il nuovo CDM (Codice di Deontologia Medica - approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nell'ottobre del 1998) sembra venire incontro alle legittime richieste di salute dei teen-agers e alle esigenze operative dei medici adolescentologi laddove cita, all'art. 33: *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*. Un orientamento appena più possibilistico si riscontra, viceversa, nella *Convenzione sui Diritti dell'Uomo* (emanata a Strasburgo dal Consiglio d'Europa il 19.11.1996) dove, pur rimandando al legale rappresentante del minore la responsabilità ultima di esprimere il consenso informato, riconosce che "il parere del minore è considerato determinante in funzione dell'età e del suo livello di maturità"⁽⁸⁾.

Anche la "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea" (approvata dal parlamento Europeo il 14 novembre 2000 e proclamata formalmente a Nizza il successivo 7 dicembre) stabilisce all'art. 24 relativo ai "Diritti del Bambino" che: *i bambini possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità [...]. In tutti gli atti relativi ai bambini, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l'interesse del bambino deve essere considerato preminente*.

Per altro, anche il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), fin dal 1994, aveva adeguatamente valorizzato la validità del consenso espresso da un minore in

funzione dell'età raggiunta, affermando che "è difficile pensare ad un consenso ed un dissenso informato prima dei 7 anni. Successivamente, quando il bambino esplora meglio le proprie motivazioni e le confronta con ciò che gli altri dicono e fanno, è concepibile un consenso e dissenso informato, certamente insieme con quello dei genitori. A partire dai 12 anni e nell'età adolescenziale si può credere in un consenso o dissenso progressivamente consapevoli".

Sta di fatto che il termine consenso si dovrebbe sempre riferire ad un'autorizzazione ad agire per conto e nell'interesse del consenziente e su un *proprio bene disponibile*: pertanto, il consenso espresso da un genitore o da un tutore per conto di un minore andrebbe definito più esattamente *permesso informato* (*informed permission*, come suggerito dall'American Academy of Pediatrics e non più *informed consent*)⁽⁹⁾.

Può essere interessante ricordare, a tale proposito, che il Royal College of Physicians di Londra ha suggerito delle "guidelines" ai comitati etici per la ricerca in Pediatria: se i bambini hanno più di sette anni il consenso va chiesto ad essi oltre che ai genitori, se sono adolescenti con più di quattordici anni il consenso va richiesto esclusivamente ad essi. Negli USA (seppure con certe differenze tra Stato e Stato) sono numerose e più dettagliate le leggi che permettono al minore di esprimere il consenso personale, senza per questo violare i diritti dei genitori e senza conseguenze legali per il medico. In altre parole, un minore può ottenere cure mediche senza il consenso dei genitori sulla base del principio dell'*adolescente maturo* quando, cioè, è capace di comprendere la natura e le conseguenze del trattamento proposto. Secondo la legge americana un adolescente è da considerarsi *maturo* (=emancipato) per decreto del tribunale; per incapacità dei genitori ad assumersi responsabilità; per matrimonio, gravidanza o maternità; se vive da solo e si mantiene o se, pur vivendo con i genitori, lavora ed è finanziariamente indipendente; se è

affetto da malattie veneree o da altre malattie trasmissibili (ci potrebbe essere, infatti, diffusione della malattia se il consenso parentale fosse condizione imprescindibile per la cura, dal momento che molti giovani rinuncerebbero alla terapia pur di non dover coinvolgere i familiari nelle proprie necessità); per alcolismo e/o tossicodipendenza; per volontà di aborto o per necessità di accesso ai servizi o mezzi contraccettivi.

Una serie di confortanti considerazioni sui minori e il consenso informato sono, infine, reperibili sulla "Guida all'Esercizio Professionale per i Medici e gli Odontoiatri" edita dalla FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) e alla quale possiamo e dobbiamo fare tutti riferimento. Viene, pertanto, ufficialmente affermato che: "un primo requisito per l'esercizio dell'autodeterminazione in relazione alla propria salute e al proprio corpo, significato primo del consenso informato, è che si possiedano caratteristiche per essere considerati individui autonomi. Si considerano, dunque, sotto questo profilo competenti all'espressione del consenso *tutti quei soggetti che siano in grado di disporre di sé, e cioè che siano in condizioni psichiche tali da poter comprendere la situazione in cui si trovano e le informazioni che vengono loro fornite e che, inoltre, siano in grado di formarsi una volontà e di esprimerla: in altre parole si considera competente chi è in grado di intendere e volere. [...]* Abbiamo già detto di come la condizione di minorenne raccolga in sé realtà molto differenti tra loro: è evidente che qualunque criterio rigidamente legato all'età, scelto per ordinare un tale ambito così eterogeneo, non potrebbe che risultare forzato e poco rispettoso delle effettive necessità. Tra i minori, infatti, sono compresi anche gli adolescenti i quali, pure se non completamente autonomi, sono spesso perfettamente in grado di rendersi conto di ciò che gli accade e di esprimere in proposito la propria volontà. Anche la specifica natura dei diritti posti

in questione dalle cure mediche spingono per una interpretazione soggettiva delle capacità e non invece per una interpretazione strettamente legata all'età. Infatti, le libertà relative alla disposizione del proprio corpo e della propria salute riguardano una sfera personalissima e non ammettono la possibilità di una loro rappresentanza. Per il loro esercizio, come per l'esercizio della libertà di parola o di culto, non vi può essere un limite di età: il limite è, dunque, esclusivamente di natura sostanziale e sta nella effettiva capacità del minore di intendere, di volere e di esternare, quindi, la propria personalità. *Spetta, dunque, al medico il gravoso compito di dover valutare caso per caso l'effettiva capacità decisionale dell'adolescente*⁽¹⁰⁾. Quanto fin qui affermato appare perfettamente in linea con una visione "biografica" dell'autonomia, secondo cui tale caratteristica non può certo comparire miracolosamente al compimento della maggiore età per poi rimanere inalterabilmente posseduta dall'individuo per tutto il corso della propria vita: l'autonomia, infatti, è una capacità completamente legata alle biografie individuali, alle circostanze e alle relazioni in cui e con cui i soggetti si trovano a vivere e a competere.

Concludendo, possiamo affermare che per quanto riguarda il consenso esprimibile da un minore adolescente coesistono, al momento attuale in Italia, tre principali correnti di pensiero⁽¹¹⁾:

- la prima ritiene, comunque, necessario il conseguimento della maggiore età per poter esprimere validamente il consenso. I sostenitori di questa tesi sottolineano che in mancanza di una norma specifica sulla materia debba valere il dettato dell'art. 2 del Codice Civile per cui "sotto i diciotto anni l'incapacità è la regola e la capacità l'eccezione". Le singole disposizioni che attribuiscono valore alla capacità decisionale del minore non sarebbero quindi, secondo tali Autori, indice di una generale tendenza dell'ordinamento a riconoscere l'autonomia dell'adolescente nella sfera

dei diritti personali ma, piuttosto, eccezioni esplicitamente previste dal legislatore per eventi particolari.

- la seconda (rifacendosi alle norme del C.P. che disciplinano l'imputabilità) ritiene che, dopo il conseguimento del 14° anno e l'acquisizione della capacità di intendere e di volere, il consenso possa ritenersi valido;
- la terza sostiene che, nell'incertezza normativa, anche tra il 14° ed il 18° anno si debba sempre verificare se il minore abbia effettivamente maturato una capacità critica e decisionale tale da consentirgli scelte libere e responsabili. Sta di fatto che l'onere per il medico di stabilire di volta in volta l'effettiva capacità di decidere del paziente minore è una responsabilità ormai ineludibile: in tale direzione vanno, infatti, tutte le indicazioni sia giuridiche che deontologiche così come le convenzioni internazionali e le leggi di quasi tutti i Paesi Occidentali.

BIBLIOGRAFIA

1. Warren SD, Brandeis LD: The Right to Privacy. Harvard Law Review 1890; 4-5.
2. Rodotà S: Privacy, libertà, dignità. 26^a Conferenza Internazionale sulla Privacy e sulla Protezione dei Dati Personali (Wroclaw PL, 14-16 settembre 2004).
3. Lugaresi L: Protezione della privacy e protezione dei dati personali: i limiti dell'approccio comunitario. Giustizia Amministrativa 2004; 5 – anche on line su: http://giustamm.it/new_2003/1619.htm
4. Loxterman JD: Adolescent Access to Confidential Health Services. Advocates for Youth (July 1997).
On line
<http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/confhlth.htm>
5. Schwarzenberg TL: L'adolescente e l'adolescentologo di fronte alla legge:

aspetti giuridici e normativi. In “Manuale di Adolescentologia” a cura di V. De Sanctis – pagg. 34-42. Pisa: Pacini Ed. 2002.

6. Schwarzenberg TL: Una bioetica per l’adolescenza. Conferenza all’Auditorium dell’Ospedale S. Marco (Potenza, 31 maggio 2002) Ed. a cura dell’International Inner Weel – 210° Distretto Italia.

7. Bona G, Petri A, De Franco S, D’Agostino P: Il Consenso Informato in Endocrinologia Pediatrica. Pisa: Pacini Ed., 2003.

8. Schwarzenberg TL: L’adolescente e il consenso/dissenso informato. In “Manuale di Adolescentologia” a cura di V. De

Sanctis – pagg. 29-33. Pisa: Pacini Ed. 2002.

9. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics: Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995; 95-2: 314.

10. Canavacci L: Il consenso informato. In: Guida all’Esercizio professionale per i Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri – Revisione 2003 (Torino: Ed. Medico Scientifiche).

11. Conti A, Del Bon P: La volontà del minore nel processo di formazione del consenso informato in alcuni trattamenti sanitari. Difesa Sociale 2003; 82-6: 101.