

***“DIRITTO ALLA SALUTE,
CONSENSO E RIFIUTO
DELLE CURE DEI MINORI”***

Dr.Pirro
S.C. NPI ASLTO1

L'art.32 della Costituzione

definisce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività



autodeterminazione

Alla fine degli anni '90 si passa da una dimensione prevalentemente passiva del diritto individuale ad una dimensione più attiva, come diritto e libertà di essere e di disporre di sé

sentenza n. 238 del 1996

La libertà personale è un diritto inviolabile e rientra tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e connesso diritto alla vita e all'integrità fisica con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto costituzionalmente protetto della persona.

Diritto alla vita

Viene considerato tra i diritti costituzionali fondamentali a causa della sua intrinseca natura e per il fatto di essere esplicitamente previsto dall'art. 2 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) e dalla Carta dei Diritti Fondamentali dei Cittadini dell'Unione Europea



Codice del Diritto del minore alla salute e ai Servizi Sanitari

Adottato ad aprile 2012 (22 articoli) e presentato dal Ministero della Salute il 6/2/2013. Tale Codice è ispirato alla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia del 1998, resa esecutiva in Italia con legge 176 del 27/5/1991.

Art.3

Ogni minore ha diritto alla vita, alla sopravvivenza, allo sviluppo psico-fisico e di godere del miglior stato di salute possibile. L'assistenza sanitaria deve prendere in considerazione tutte le dimensioni della salute: fisica, mentale, sociale, culturale, spirituale così come stabilito dall'O.M.S.

Art.5

Diritto all'ascolto, alla informazione ed alla partecipazione dei minori.



Legge 176 del 27/5/1991

L'interesse del fanciullo deve essere considerazione prevalente per tutte le missioni di competenza delle Istituzioni.

In particolare, l'art. 12 descrive che le opinioni del fanciullo debbono essere prese in considerazione sulla base dell'età e del suo grado di maturità.

Codice civile

- Art.1 : Il minore acquisisce capacità giuridica a partire dalla nascita
- Art.2 : la capacità di agire è fissata ai 18 anni



Ambito sanitario

L'espressione del consenso per i minori viene pronunciata dai genitori o dal tutore.

Secondo la Legge la decisione di maggiore interesse per i figli, certamente quella relativa alla salute, sono esercitate di comune accordo da entrambi i genitori anche in caso di genitori separati, divorziati o non conviventi.

Vi sono delle situazioni particolari, che andremo ad analizzare, nelle quali il minore può accedere ai trattamenti o servizi sanitari, a prescindere dal consenso dei genitori.

D.Lgs. n. 154 del 2013

E' stato introdotto il termine di "Responsabilità Genitoriale", che supera il termine "di potestà".

- **Atti di ordinaria amministrazione**: Nei casi di comuni trattamenti medici (medicazioni, visite di controllo, controllo della vista...) è sufficiente il consenso anche di uno solo dei due genitori in applicazione di un principio generale che considera che tali atti possano essere compiuti anche disgiuntamente da ciascun genitore (ai sensi dell'art. 320 del Codice Civile), pertanto, il consenso dell'altro genitore è considerato implicito.
- **Atti sanitari di straordinaria amministrazione**, (interventi chirurgici, trattamenti continuativi prolungati, psicoterapie ecc..) per i quali è necessario il consenso informato, esplicito, attuale, consapevole di entrambi i genitori

Nella Neuropsichiatria Infantile

E' necessario acquisire il: **Consenso informato per il trattamento dei dati sensibili (Legge sulla Privacy)** e il **Consenso al trattamento sanitario specifico**.



E se il genitore è assente?

I motivi possono essere :

- Impedimento (art.317 C.C.)
- Lontananza
- Incapacità naturale o legale
- Affidamento esclusivo

Cosa fare?

Occorre prestare estrema attenzione ed è necessario valutare, caso per caso, la possibilità di acquisire in tutte le forme possibili il consenso dell'altro genitore anche se lontano o impedito. In altri termini occorre provare, che non è stato possibile acquisire il consenso dell'altro genitore.

E' possibile:

L'autocertificazione del genitore presente che attesta la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore (Art. 317 comma 1 C.C.).

Secondo alcuni però l'applicazione di questo articolo deve essere rapportata all'atto da compiere sul minore ed alla sua urgenza e prorogabilità e potrebbe essere accolto nei casi di una certa urgenza e gravità il parere ed il consenso del genitore lontano attraverso altre modalità come: fax, email, ecc..

Minori in affidamento familiare:

Può esserci un affidamento consensuale ed in questo caso non vi è alcun provvedimento limitativo della responsabilità genitoriale che pertanto viene esercitata dai genitori biologici anche in forma concordata e congiunta con gli affidatari



Minori in affidamento intra-familiare

I genitori restano pienamente titolare della responsabilità ma è possibile una delega di alcuni poteri rappresentativi agli affidatari

Minori in affidamento non consensuale

art. 330 e 333 C.C., art. 4 comma 2 L. 184/83,
gli affidatari esercitano i poteri connessi alla
responsabilità genitoriale in relazione agli
ordinari rapporti con l'autorità sanitaria e per
altri mediante provvedimenti dell'Autorità
Giudiziaria competente

Minori in comunità o istituto o istituto penale minorile

In questo caso il responsabile giuridico esercita la responsabilità genitoriale relativamente agli ordinari rapporti con le Autorità Sanitarie e (art. 5 comma 1 e comma 3 L. 184/83). Per gli atti di straordinaria amministrazione, è comunque necessario richiedere il consenso di chi esercita la responsabilità genitoriale o del tutore, oppure uno specifico provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Minori stranieri non accompagnati

Segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e contestualmente segnalare al Giudice Tutelare (G.T.) per l'apertura del procedimento di tutela e la nomina di un tutore entro 30 giorni dalla accoglienza del minore .

In caso di necessità si può richiedere ed ottenere un provvedimento provvisorio autorizzativo da parte del Tribunale per i Minorenni, attraverso la Procura della Repubblica presso il Tribunale stesso.

Minori in condizioni di abbandono

Segnalazione immediata alla Procura della Repubblica del Tribunale per i Minorenni



Dissenso di uno dei
due genitori

NON urgenza:

Il genitore può ricorrere all'Autorità Giudiziaria.
(art.316 del C.C.) che interviene :

- Inizialmente con funzione di conciliazione
- Se l'intervento non è efficace assume il potere decisionale in capo a quello dei genitori che appaia più idoneo e volte sentito il minore di età di 12 anni e, se capace di discernimento, anche minore.

Urgenza

Nei casi di pericolo di vita, e quindi nelle condizioni di stato di necessità, sembra corretto ritenere che il sanitario, proprio in base ai principi dello stato di necessità, possa effettuare l'intervento che egli ritiene necessario, previa segnalazione-accordo-autorizzazione con il P.M. Minorile/Giudice Tutelare.

Autodeterminazione del minore

Norme di diritto internazionale:

- la presunzione dell'O.N.U del 1989,
- la Convenzione Europea di Strasburgo per l'Esercizio dei diritti del minore del 1996,
- la Convenzione di Oviedo del 1997,
- la Carta Fondamentale dei diritti dell'U.E., proclamata a Nizza nel 2000
- la Costituzione Italiana, richiamata in particolare dagli art. 32, 13, 3 e 2.

Si può procedere su
richiesta del minore
anche senza il consenso
dei genitori:

- a) accertamenti diagnostici, anche di laboratorio e delle cure delle malattie trasmesse sessualmente (L. 837/1956 e D.P.R. 2056/1992).
- b) Interventi di prevenzione e cura e riabilitazione della tossicodipendenza ai sensi del D.P.R. 309/1990.
- c) Scelte in ordine alla procreazione responsabile ed alla interruzione volontaria di gravidanza previste dalla L. 194/1998 che prevede che la minorenni possa accedere ai consultori per esami, farmaci e prescrizioni senza i genitori ed il loro consenso. Se interpellati i genitori esprimono dissenso, si può ricorrere al giudice tutelare nei modi e nei tempi stabiliti dalla Legge medesima.

L'art. 2 della L. 194, **non vieta**, pur non espressamente richiedendolo in via di principio, **il coinvolgimento degli esercenti la responsabilità genitoriale**. Occorre tentare, quindi, **ove possibile, il coinvolgimento spontaneo da parte della fanciulla dei genitori**.

Quindi occorre un equilibrio:

Autodeterminazione



Forze , competenze e responsabilità del
minore

Nel caso di rifiuto dei genitori

- **trattamento medico o non urgente ma comunque importante, (art. 78 del C.C.) il medico-sanitario deve richiedere la nomina di un Curatore speciale**
- **casi meno urgenti in presenza di diniego del consenso dei genitori: segnalazione al PM per richiedere un provvedimento che precluda ai genitori l'esercizio della responsabilità limitatamente allo specifico atto sanitario che verrà così autorizzato a prescindere dal consenso dei genitori**

Emergenze-urgenze psichiatriche

I criteri condivisi di gravità non tanto e non solo agli aspetti sintomatologici quanto al rischio per sé e per gli altri sono quelli indicate nella classificazione di Rosenn (1984) riadattata da GAIL (2006) basata sulla severità della condizione clinica associata alla criticità della situazione

Rappresentano quelle situazioni tali da richiedere un ricovero ospedaliero che se rifiutato si potrebbe concludere in TSO

CLASSE	DESCRIZIONE
Classe I	È riferita a situazioni in cui è presente un potenziale pericolo di vita o che comportano un rischio per il soggetto e/o gli altri; include: tentativo suicidio (TS), agiti autolesivi, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta (aggressività, agitazione psicotica, discontrollo degli impulsi), grave abuso fisico e trascuratezza estrema, condotte alimentari disfunzionali con grave scadimento delle condizioni cliniche generali.
Classe II	Comprende disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Include: intensa angoscia/severi attacchi di panico, sintomi di conversione e somatoformi, vittime di gravi traumi fisici o psichici
Classe III	Comprende situazioni che necessitano di un pronto riconoscimento, ma che non necessitano di un intervento immediato quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri.
Classe IV	Si riferisce a situazioni percepite come urgenti che richiedono un intervento psichiatrico non urgente: l'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture in grado di rispondere ("falso allarme")

Raccomandazioni in merito alla applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale” (art 33 – 34 -35 L. 23/12/1978 n. 833) del 04/05/2009,

Negli art. 33, 34 e 35 della Legge 833/78 non sono citati in alcun modo i minori.

Ciò porta a pensare che anche per i minori in materia di ASO e TSO siano date per scontate le stesse procedure ma non i luoghi .

TSO sui minori : riferimenti normativi

L. 833/78 e L. 180/78 : non dicono nulla su paziente minorenne,



Interpretazione partendo dalla Costituzione (Art. 32 e l' art. 13).

Sentenza n. 74 del 1968 della corte costituzionale:

“non vi è dubbio che il provvedimento di ricovero coattivo di un soggetto sospettato di malattie mentali, si inquadra tra quelli restrittivi della libertà personale”.

Due prospettive :

- Schema minore età/rappresentanza dei genitori : il trattamento sanitario non è coatto, perché chi lo autorizza (i genitori) ha il potere di farlo divenendo dunque volontario.
- il trattamento sanitario sul minore, anche se con il consenso di chi esercita la responsabilità genitoriale, rimane coatto, dal momento che chi autorizza il TSO non lo subisce

«i soggetti presi in considerazione sono solo infermi di mente maggiorenni. Per i minori di età, infatti, la sottoposizione ai trattamenti sanitari ed il consenso rispetto ai medesimi, rientrano nell'ambito della cura, della persona a cui sono preposti i genitori, o in mancanza, il tutore»

(da Campese – Giudice Tutelare della protezione dei soggetti deboli – cit. pag. 464 riportata sul testo Trattamento Medico e Lesioni dell'Integrità Fisica del Minore – G. Mastrangelo e V. Sellaroli – pag. 118,128).

Sulla base
dell'autodeterminazione del
minore



Minore maturo

Minore maturo :

	Minore "maturo"	Genitori	Procedura
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni, oppure ASO/TSO Ospedaliero/ TSO Extraospedaliero
d.	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO Ospedaliero/ TSO Extraospedaliero
e.	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni

Secondo nuovi orientamenti, il concetto di minore maturo o minore con capacità di discernimento, concetto graduabile e modulabile sia in relazione all'età sia in relazione alla progressiva maturazione psichica, viene espressa meglio dalla espressione di "*competenza decisionale*"

Tuttavia, nel caso di patologia psichiatrica, occorre valutare la capacità concreta del minore che, alla luce delle alterazioni volitive, percettive, cognitive e relazionali legate alla grave patologia psichica, può essere notevolmente compromessa al punto di viziare sia il quadro completo della realtà, sia la volontà che non sarà di conseguenza libera e cosciente.

Quindi :

Libertà personale  tutela della salute

Concludendo:

DUBBIO



proposta

GRAZIE DELL'ATTENZIONE